

KIRJALLINEN OMAISOHJAUS KONFUUSIO-OSASTOLLA



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Lahdensivu, Hoitotyön koulutusohjelma

Syksy, 2017

Anita Kuoppakangas

Hoitotyön koulutusohjelma
Lahdensivu

Tekijä	Anita Kuoppakangas	Vuosi 2017
Työn nimi	Kirjallinen omaisohjaus konfuusio-osastolla	
Työn ohjaajat	Hanna Naakka ja Leena Packalen	

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda kirjallinen omaisohje sekavan potilaan omaiselle konfuusio-osastolla. Ohjeen tavoitteena oli parantaa omaisten saamaa informaatiota sekavuudesta kärsivän läheisensä hoitoon liittyen, lisätä yhteistyötä hoitohenkilöstön ja omaisten kesken ja luoda keinoja, joilla omaiset voivat osallistua potilaan hoitoon ja siten edesauttaa potilaan toipumista.

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja sen tilaajana toimi erään etelä-suomalaisen kaupungin terveyskeskussairaalan konfuusio-osasto. Työ perustui osastolla havaittuun puutteeseen kirjallisesta omaisinformaatiosta liittyen sekavan potilaan hoitoon ja erilaisiin omaisyhteistyön muotoihin. Opinnäytetyön yhteydessä luodun omaisoppaan oli tarkoitus olla yksi osa hoitohenkilökunnan antamaa omaisinformaatiota.

Opinnäytetyön kirjallisen teoriaosuuden tietopohja kerättiin aiempien tutkimusten ja kirjallisen materiaalin pohjalta. Tältä pohjalta luotiin omaisille suunnattu ohje. Tärkeinä opinnäytetyöprosessin aikana esiinnousseina omaisten osallistumista tukevin tekijöinä opinnäytetyö nosti neljä asiaa. Näitä olivat omaisten huomiointi osana potilaiden hoitotyötä, suullisen viestinnän merkitys kirjallisen ohjeen ohella, omahoitajan asema omaisen tuntijana ja tukijana sekä osaston toimintakäytäntöjen ja tilojen järjestäminen niin, että ne tukevat omaisten osallistumismahdollisuuksia.

Avainsanat Omaisohjaus, kirjallinen ohjaus, käytöshäiriöt, sekavuus, delirium, dementia, päihteet

Sivut 52 sivua, joista liitteitä 8 sivua

Degree Programme in Nursing
Lahdensivu

Author	Anita Kuoppakangas	Year 2017
Subject	Written Relative Instruction at the Confusion Department	
Supervisors	Hanna Naakka and Leena Packalen	

ABSTRACT

The purpose of this practice based thesis was to create a written instruction for the confusion patient's relatives. The aim of this instruction was to improve the knowledge of relatives about confusion and increase cooperation with nursing staff. It also suggests ways to allow relatives to take part in the patient's treatment and thus contribute to the improvement of the patient.

The Bachelor's thesis was commissioned by the Confucius Department of a health center in southern Finland. The starting point of the work was the absence of written relative instructions in this department. Instructions were needed how to treat confusion patient and how to do co-operation with relatives. The relative instructions were supposed to be a part of relative guidance given by nursing staff.

The thesis is divided into two parts. Theoretical knowledge was collected by the basis of previous studies and literatures. Based on this material were created the written instructions for the relatives. This thesis brings four issues as important conclusions. These were to consider the patient's relatives as part of the treatment and the meaning of spoken guidance with a written instruction. It also emphasizes the role of primary nurse to know and support the relatives. It is also important to organize the department's operations and facilities so that they support the relative participation opportunities.

Keywords Relative instruction, written instruction, disruptive disorder, confusion, delirium, intoxicant

Pages 52 pages including appendices 8 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	KOHDEOSASTON KUVAUS	7
3	OMAISTEN OHJAUS JA TUKEMINEN HOITOTYÖN MENETELMÄNÄ	8
3.1	Omaisien ohjaus	8
3.2	Kirjallinen ohjaus	10
3.3	Omaisien osallistumismahdollisuudet hoidossa ja kuntoutuksessa	11
3.4	Omaisyyhteistyö kohdeosastolla	12
3.5	Omaisien uupumisen ehkäisy	14
4	SEKAVUUTTA AIHEUTTAVAT SAIRAUDET JA NIIDEN HOITOMAHDOULLISUUDET	16
4.1	Delirium ja muut yleiset sekavuutta aiheuttavat tilat	16
4.2	Deliriumin ja sekavuuden hoito	18
4.3	Muistihäiriöt ja dementia	20
4.4	Käyttöoireet	21
4.5	Päihteiden käyttö	24
5	EETTINEN NÄKÖKULMA AIHEESEEN	26
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	27
7	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	27
7.2	Opinnäytetyön suunnittelu	28
7.3	Tiedonhaku osana opinnäytetyön toteuttamista	28
7.4	Hyvän kirjallisen ohjeen luominen	30
7.5	Opinnäytetyön toteutus	31
7.6	Tilaajan palaute opinnäytetyöstä	32
7.7	Opinnäytetyön eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät kysymykset	32
8	JOHTOPÄÄTÖKSET, POHDINTA JA ARVIOINTI	33
	LÄHTEET	37

Liitteet

Liite 1 Opas ”Omaisena ja läheisenä konfuusio-osastolla”

1 JOHDANTO

Väestön ikärakenteen muutoksen myötä muistihäiriöitä sairastavien määrä kasvaa huomattavasti. Ikääntyvillä on usein monia perussairauksia, jotka altistavat äkillisen sekavuustilan kehittymiselle herkemmin erilaisen terveydentilan muutosten ja hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Yhä useampi ikääntynyt käyttää myös alkoholia tai muita päihteitä. Yhteiskunnallisesti alkoholinkäyttö on Suomessa väestön määrään suhteutettuna Euroopan korkeimpia. Myös muiden päihteiden käyttö on kasvanut tasaisesti. Nämä kaikki aiheuttavat herkästi erilaisia sekavuus- ja käyttöhäiriötiloja, jotka vaativat hoitoa. Omaiselle läheisensä äkillinen sekavuus, levottomuus tai erilaiset käytösoireet voivat olla hämmentävä ja pelottavakin kokemus. Omaisten tiedon ja tuen tarve onkin suuri tässä yhteydessä. Monilla omaisilla olisi halu auttaa ja olla mukana hoitamassa ja kuntouttamassa läheistään, mutta keinoja tai uskallusta ei välttämättä ole. Samoin omaisen rooli ja vastuukysymykset läheisenä tai hoidon antajana saattavat olla epäselviä. Hoitohenkilökunta ohjaa ja neuvoo omaisia, mutta suunnitelmallinen ohjaus ja omaisten tiedontarvetta ja osallistumista tukeva kirjallinen materiaali saattavat usein puuttua.

Omaisten roolista sekä heidän tiedon ja tuen tarpeistaan eri hoitoympäristöissä on tehty useita tutkimuksia. Useissa aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että omaisia ja heidän jaksamistaan ei huomioida riittävästi hoitotyössä eivätkä he saa riittävästi tukea ja tietoa hoitohenkilökunnalta (mm. Hynninen 2016; Kylliäinen 2012; Aura ym. 2010; Uronen 2011). Tutkimuksissa on todettu, että riittävä tiedonsaanti on kuitenkin suurin omaista tukeva hoitotyön keino (Penttilä 2017; Paavilainen 2012; Potinkara 2004).

Opinnäytetyönä tehty omaisohje on tilaustyö eteläsuomalaisen kaupungin terveyskeskussairaalan konfuusio-osastolle. Opinnäytetyön aiheesta keskustellessa kyseisen osaston osastonhoitaja toi esille osaston lääkärin ja hoitajien esille nostaman suuren tarpeen kyseiselle omaisohjeelle. Aihe tuntui heti kiinnostavalta opinnäytetyön tekijästä. Koska sekavuutta aiheuttavia sairauksia on kuitenkin varsin paljon, päätyi opinnäytetyön tekijä rajaamaan työn yleisimpiin osastolla hoidettaviin sekavuutta ja levottomuutta aiheuttaviin sairauksiin ja oirekuviin. Näitä ovat päihteidenkäyttö, delirium, muistihäiriöt ja erilaiset käytösoireet.

Kirjallisessa muodossa olevan omaisohjeen tarpeellisuus on noussut myös aiempien tutkimusten pohjalta tärkeäksi asiaksi. Koivula (2013) käsitteli tutkimuksessaan muistisairaiden omaisten toimijuutta pitkäaikaisosastolla. Hänen tutkimuksensa mukaan omaiset kokivat tarvetta nimenomaan kirjallisille omaisille suunnatuille käytännön toimintaohjeille, jotka helpottaisivat omaisten laadukasta toimintaa suhteessa muistisairaaseen läheiseensä. (Koivula 2013, 114, 191.)

Aiempien tutkimusten perusteella on todettu, että ne potilaat, joiden omaiset osallistuvat tiiviimmin hoitoon, sitoutuvat yleensä paremmin hoitoonsa (Kyngäs & Hentinen 2009, 34). Tämä voi osaltaan auttaa potilaita toipumaan nopeammin. Väestön ikärakennemuutoksen myötä taloudelliset seikat korostuvat hoitotyössä yhä enemmän (STM 2017, 13). Hoitojaksojen lyhenemisellä on suora vaikutus kuntien sosiaali- ja terveysmenoihin. Tämän vuoksi on tärkeää hyödyntää myös potilaan omaisia osana potilaiden hoitoa ja kuntoutusta siinä mittakaavassa ja niillä tavoin, kuin omaiset ja potilas itse siihen ovat valmiita. Lyhentyneiden hoitojaksojen myötä korostuu omaisen asema potilaan tukijana usein myös kotiutumisen jälkeen.

Omaisten riittävästä tiedonsaannista, vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa sekä päätöksentekoon liittyvästä tuen tarpeesta on olemassa myös näyttöön perustuva suositus. Suositus on tehty laitoshoidossa olevan muistisairaana potilaan omaiselle Joanna Briggs Instituten toimesta ja sen soveltamista myös Suomessa suositellaan. (Joanna Briggs Institute 2014.)

Omaisten merkitys on havaittu myös opinnäytetyön kohdekaupungissa. Kaupungissa on olemassa kaupunkitasoisia strategisia painopistealueita, jotka on jalkautettu kunkin yksikön toimintasuunnitelmassa yksikön vuotuisiksi tavoitteiksi. Vuodelle 2017 asetettu keskeisten toimintojen tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantumiseen liittyvä päätavoite liittyy potilaan tehokkaampaan kuntoutukseen ja nopeampaan kotiutukseen. Tässä yhtenä osa-alueena ovat potilaan omaiset, joita halutaan osallistaa potilaan kuntoutukseen ja käyttää avuksi kotitilanteen selvittelyssä. Palveluita kehitettäessä otetaan potilas huomioon aiempaa enemmän. Tarkoitus on, että potilas voi osallistua ja sitoutua enemmän omaan hoitoonsa. Samoin tarkoituksena on aktivoida omaisia osallistumaan hoitoon ja kuntoutukseen omalla panoksellaan. (Toimintasuunnitelma 2017.) Tähän tavoitteeseen liittyy tämän opinnäytetyön myötä luotava kirjallinen omaisohje.

Omaisnäkökulmaan ja toiminnan kehittämiseen liittyvät osaltaan myös kohdekaupungin arvot, jotka korostavat innovatiivisuutta, kestäväää kehitystä ja kumppanuutta. Kumppanuuteen liittyvät potilas, omainen ja yhteistyön kehittäminen heidän kanssaan. Innovatiivisuudella taas tarkoitetaan kykyä muuttaa toimintaa ja kehittää uusia parempia toimintatapoja kuntalaisten hyväksi. (Kohdekaupunki n.d.)

Myös laajemmassa yhteiskunnallisessa merkityksessä aihe on tärkeä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatima tuore ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019” nostaa eräksi ensisijaisista tavoitteistaan palvelujen laadun parantamisen ja omaisten riittävän tukemisen (STM, 2017, 13-14). Valmisteilla oleva sote- ja maakuntauudistus ja sen myötä tuleva valinnanvapausmahdollisuus

korostavat laatua ja palveluiden kustannusvaikuttavuutta (Alueuudistus 2017). Valinnanvapaus luo hoitolaitoksille tavallaan olemassaoloonsa linkittyvän kilpailuasetelman, jossa erilaiset laatuun vaikuttavat tekijät saattavat vaikuttaa potilaan ja omaisen hoitopaikan valintaan. Omaisten huomiointi ja tukeminen osana potilaan hoitoa on yksi tärkeä laatuun vaikuttava seikka.

Lainsäädäntökin määrittää kehittämään hoito- ja toimintatapoja potilaan hyväksi. Terveystieteidenhuoltolain (1326/2010) tavoitteena on edistää väestön terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Laki korostaa laatua, terveysneuvontaa ja yhteistyössä potilaan parhaaksi kehitettyjä hoito- ja toimintatapoja (Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010.) Luotavan omaisohjeen voidaan katsoa olevan yksi osa-alue potilaan hyväksi kehitetyistä käytännöistä. Lain 27 § velvoittaa järjestämään psykososiaalista tukea äkillisessä järkyttävässä tilanteessa olevalle. Vaikka laissa ei velvoiteta potilaan hoidosta vastaavaa hoitolaitosta järjestämään tätä tukea omaiselle, tukee luotava omaisohje myös omaisen jaksamista tällaisessa tilanteessa. Lain 28 § ohjaa terveydenhuollon yksiköt antamaan palveluihinsa liittyvää ohjausta ja neuvontaa, joka koskee päihitteettömyyttä ja siltä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä. (Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010.) Luotavan ohjeen sekä hoitajien antaman suullisen ohjauksen voidaan katsoa osaltaan vastaavan myös tähän velvoitteeseen.

Aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia on tehty paljon. Siltikään ei aiemmista tutkimuksista löytynyt yhtään sellaista tutkimusta tai ohjetta, joka olisi suunnattu kertomaan sekä muistihäiriöisen, käytösoireisen, delirium-oireisen että päihiteidenkäyttäjän omaiselle sekavuudesta ja omaisen osallistumis- ja auttamismahdollisuuksista konfuusio-osastolla. Edellä esitettyjen tekijöiden perusteella aihe on siis erittäin ajankohtainen ja tärkeä. Näiden tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta on tässä opinnäytetyssä kehitetty omaisia tiedollisesti tukeva ja omaisten osallistumista edistävä ohje tällaiselle osastolle. Koska pelkkä kirjallinen ohje ei täytä hyvän omaisohjannan kriteerejä, on tämän opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa käyty läpi myös tärkeimpiä omaisten ohjaukseen liittyviä tekijöitä hoitohenkilökunnan kannalta. Ohje sopii pienin muutoksin käytettäväksi muillakin vastaavilla osastoilla. Sitä voidaan käyttää myös perehdytyksen tukena uusille työntekijöille ja opiskelijoille.

Opinnäytetyö on kaksiosainen. Teoriaosa esittelee opinnäytetyön kohdeosaston ja sen omaisyhteistyön muodot. Lisäksi teoriaosaan on kerätty tietoa yleisimmistä sekavuutta aiheuttavista sairauksista, omaisen tukemisesta, ohjauksesta ja kirjallisen ohjeen luomisesta. Toiminnallisen opinnäytetyön konkreettisena tuotoksena toimii teorian pohjalta luotu omaisohje. Opinnäytetyön loppuosassa kuvataan toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamista ja arvioidaan opinnäytetyöprosessia sekä sen pohjalta syntynyttä omaisohjetta.

2 KOHDEOSASTON KUVAUS

Opinnäytetyönä tehty kehittämistyö sijoittuu erään eteläsuomalaisen kaupungin terveystieteiden keskuksen konfuusio-osastolle. Sairaala ei halua esiintyä opinnäytetyön yhteydessä omalla nimellään. Tämän vuoksi taustatiedot, jotka on kerätty kaupungin internetsivuilta ja kyseisen osaston osastonhoitajalta, on merkitty lähdeviitteissä ja lähdeluettelossa poikkeuksellisesti vain merkinnällä ”kohdekaupunki” ja ”osastonhoitaja”.

Kaikki kohdesairaalan osastot ovat ensisijaisesti profiloituneet eri sairauksien hoitoon. Kohdeosasto on konfuusio-osasto, eli se on ensisijaisesti suuntautunut erilaisten sekavuus- ja levottomuustilojen hoitoon. Suuri osa osastolla hoidettavista potilaista sairastaa erilaisia sekavuutta ja käyttäytymishäiriöitä aiheuttavia dementoivia sairauksia ja/tai on alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttäjä ja kärsii näiden aiheuttamista käyttäytymishäiriöistä tai deliriumista. Potilaspaikkoja on 14 (Kohdekaupunki n.d.). Potilaita on kaikista ikäluokista nuorista aikuisista iäkkäisiin. Osaston ovet pidetään suljettuna potilaiden turvallisuuden vuoksi, mutta osalla potilaista voi olla lupa poistua osastolta joko yksin tai omaisen kanssa. (Osastonhoitaja 2017.)

Keskustelu ja potilaan kohtaaminen ovat tärkeitä hoitokeinoja osastolla. Näiden avulla voidaan arvioida potilaan tilaa ja rauhoittaa häntä. (Osastonhoitaja 2017.) Lisäksi käytetään erilaisia lääkehoitoja tarpeen mukaan. Lääkäri arvioi aina lääkeshoidon tarpeen. Joskus käytössä on lisäksi potilaiden liikkumista rajoittavana turvavälineenä lepovyöt. Näiden käyttöön tarvitaan aina lääkärin lupa ja käyttö pyritään pitämään aina mahdollisimman lyhyenä. (Osastonhoitaja 2017.) Rajoittaminen on keino lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta. Rajoittamisen avulla potilas löytää omat rajansa helpommin. (Keskinen 1997, 37.)

Hoitohenkilökuntaan kuuluu 12 hoitajaa, joista seitsemän on sairaanhoitajia ja viisi lähihoitajia (Osastonhoitaja 2017). Lisäksi osastolla toimii osastonhoitaja, osastonlääkäri ja osastojen yhteinen osastonsihteerit. Sairaalan osastojen käytettävissä on myös sosiaalihoitaja, palveluohjaaja, sairaalapastori sekä fysio-, toiminta- ja puheterapeutteja.

Osastolle tullaan lääkärin läheteellä joko toisesta sairaalasta, suoraan kotoa tai muusta asuinpaikasta, toisesta hoitolaitoksesta, toiselta osastolta tai päivystyksestä. Osaston toimintaperiaatteena on tukea potilaiden toimintakykyä ja kuntouttaa potilaat ensisijaisesti omaan kotiinsa tai aiempaan asuinpaikkaansa, jos se vain on mahdollista. Hoitojaksojen tavoitteena on olla mahdollisimman lyhyitä. (Kohdekaupunki 2017.)

Lääkärinkierroilla ja viikoittain pidettävissä moniammatillisissa tavoitekokouksissa arvioidaan ja suunnitellaan hoitoa ja kuntoutusta. Hoitojakson

alussa nimetään omahoitaja. Omahoitaja vastaa ensisijaisesti potilaan hoidosta aina vuorossa ollessaan. Hän tekee myös hoitotyön suunnitelman, joka toimii työohjeena muille hoitotyöntekijöille. Hoito perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja ammattitaitoon. Toimintakykyä edistävä ja tukeva toimintaperiaate on keskeinen osa hoitoa. Yhdessä pyritään löytämään voimavaroja ja keinoja, jotka tukevat potilaiden itsenäistä selviytymistä arjen toiminnoissa. Keinot voivat olla esimerkiksi avustamista, erilaisia hoitoja, ohjausta, lääkitystä tai erilaisia terapioiden. (Kohdekaupunki 2017.)

3 OMAISTEN OHJAUS JA TUKEMINEN HOITOTYÖN MENETELMÄNÄ

Omaiselle ei ole olemassa sitovaa määritelmää. Sillä tarkoitetaan potilaan itse määrittelemää läheistä henkilöä. (Tuominen 2007.) Henkilö voi siis olla puoliso, sukulainen, lapsi tai vaikkapa ystävä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että potilaalle pitää antaa hänen hoitoonsa koskevat tiedot ja hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas ei itse terveydentilansa perusteella kykene tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä, tulee potilaan lähiomaisesta kuulla. Tarkoitus on pyrkiä selvittämään, mikä potilaan mielipide olisi ja pyrkiä toimimaan sen mukaisesti. Jos tämä ei ole tiedossa, tulee hoito järjestää potilaan henkilökohtaisen edun mukaisesti. Lähiomaiselle on annettava hänen tarvitsemansa tarpeelliset terveystiedot potilaan päätöksen tueksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Potilasohjausta voidaan pitää hoitotyön keskeisenä menetelmänä. Omaisten huomiointi ja ohjaus liittyvät tähän saumattomasti ja ovat yksi tärkeä osa sitä. Ohjausta toteutetaan kaikkialla terveydenhuollossa ja siihen käytetään eri menetelmiä. Ohjaus voi olla konkreettista apua, emotionaalista tukea, kohtaamista, opetusta, ohjaamista ja tietojen antoa. (Paavilainen 2012.) Ohjauksen kautta omaisen saa tukea ja tietoa. On tärkeää huomioida, että omaisen tarpeet vaihtelevat. Onkin hoitajan ammattitaidon osoitus osata tulkita omaisen tuen tarpeita ja suhteuttaa annettu ohjaus sen mukaisesti. (Potinkara 2004, 75-84.)

3.1 Omaisen ohjaus

Omaisen roolia hoitotyössä on tutkittu useissa aiemmin tehdyissä tutkimuksissa. Hynnisen (2016) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta ja lääkärit kokivat omaisten roolin olevan keskeinen osa hoitoprosessia. Hänen mukaansa omaisten roolina on toimia potilaan puolesta tiedonantajana, puolestapuhujana ja turvanluojana. (Hynninen 2016, 47,

67–68.) Potinkara (2004) lisää näihin rooleihin vielä potilaan edustajana sekä hyvän olon edistäjänä toimimisen, potilaan hoitoon osallistumisen sekä kanssakulkemisen (Potinkara 2004, 85–92).

Läheisen ihmisen yllättävä sekavuus ja mahdolliset käytöshäiriöt voivat järkyttää ja hämmentää omaisia. Alussa korostuukin hoitohenkilökunnalta saatava tieto. Useiden tutkimusten mukaan riittävä tiedonsaanti on tärkein omaisen jaksamista tukeva tekijä (mm. Penttilä 2017; Paavilainen 2012; Potinkara 2004.)

Potinkara (2004) korostaa hyvän omaisyhteistyön luomiseksi avointa tiedonantoa, jota annetaan myös ilman, että omaisen täytyy sitä kysyä. Tiedon oikea-aikaisuus on tärkeää. Tiedon tulee olla sellaista, että läheinen kykenee sen ymmärtämään ja ottamaan vastaan. Lääketieteellisten termien käyttöä vältetään. Alkuvaiheessa, kun tilanne on omaiselle uusi ja outo, tiedon on syytä olla mahdollisimman selkeää ja yksinkertaista. Ymmärrettävyyttä lisää tiedon toistaminen. Hienovaraisesta tiedon antamisesta voidaan edetä tapaamiskertojen myötä monimutkaisempiin ja syvällisempiin asioihin. Hoitohenkilöstön antaman tiedon tulee olla yhtenäistä, jotta vältytään ristiriitaisilta ajatuksilta. Tietoa annetaan rehellisesti ja tämänhetkisen tilanteen mukaan. Tulevaisuuden ennustamista vältetään. (Potinkara 2004, 75–84.)

Muun muassa Potinkara (2004) ja Mäkinen (2002) ovat tutkineet omaisten kaipaaman tiedon sisältöä. Heidän mukaansa omainen kaipaa tietoa ensinnäkin potilaasta ja tämän kokonaistilanteesta, ennusteesta, elintoinnista ja voinnin muutoksista. Toiseksi tarvitaan tietoa potilaan hoitoon liittyen. Tämä tieto pitää sisällään tietoa päivän tapahtumista, tutkimuksista, hoitovaihtoehtoista sekä jatkohoidosta (Mäkinen 2002; Potinkara 2004, 75–80.) Kolmanneksi omainen tarvitsee tietoa hoitoympäristöstä ja sen tavoista. Hän odottaa saavansa perusteluja kerrotuille asioille ja eri hoitovaihtoehtoilta. Omaiselta voi varmistaa keskustelujen yhteydessä, miten hän on tiedon ymmärtänyt. (Potinkara 2004, 75–80.)

Mäkisen tutkimuksen mukaan hoitajien kiire, työaikajärjestelyt ja osaston työorganisaatio olivat usein suurin tekijä, joka esti huolehtimasta omaisista riittävästi (Mäkinen 2002). On pitkälti hoitotyön johdosta riippuvainen, millaiseksi hoitokulttuuri, resurssit ja toimintatavat osastoilla rakennetaan, jotta ne tukevat omaisten huomioimista hoitotyössä. Hyvä ohjaus ja omaisen huomiointi eivät aina ole sidottuja pelkästään aikaan, vaan lyhyissäkin kohtaamisissa voidaan olla tavoitteellisia ja tehokkaita (Paavilainen 2012).

Parhaiten yhteistyö hoitohenkilökunnan ja omaisen välillä toimii ottamalla omainen mukaan heti hoitojakson alusta alkaen (Hynninen 2016, 68). Varsinkin alussa omaiset toivovat tiedon lisäksi konkreettisia neuvoja ja

tukea arkielämän ratkaisuihin (Koskisuu & Kulola 2005, 52). Sairastumiseen johtaneet syyt ja toimintakyvyn lasku ovat voineet heikentää potilaan yleisvointia jo kotona pidempään, jolloin tilanne on ehtinyt kehittyä useamman ongelman vyyhdiksi (Åstedt-Kurki ym. 2008, 70). Tilanteessa saatetaan lääkärin ja hoitajien lisäksi tarvita sosiaalihoitajan tai muiden ammattilaisten apua.

Ensikohtaaminen ja hoitajan lähestyttävyyys luovat tärkeän pohjan sille, miten omaisyhteistyö tulee sujumaan jatkossa hoitojakson aikana. Hoitajan sanaton ja sanallinen viestintä luovat omaisessa joko luottamusta tai epäluottamuksen tunnetta. Luottamusta herättävät hoitajan esittäytyminen, kiireettömyys, ystävällisyys ja valoisuus. (Heikkinen & Laine 1997, 138–139; Jauhiainen 2004; Potinkara 2004, 77–78, 93–94.) Hoitajien hyvät vuorovaikutustaidot ja taito kohdata omaisen korostuvat omaishauksessa (Potinkara 2004, 93–94). Hoitajan tietojen ja taitojen tulee olla ajan tasalla ja hänen on osattava tarvittaessa hakea tietoa ja perustella asioita (Jauhiainen 2004, 148). Eri hoitotyöntekijöiden antaman ohjauksen on syytä olla samansuuntaista ja toisiaan täydentävää. Tiedoissa ei saa olla ristiriitaa annettujen kirjallisten ohjeiden kanssa. Ammattitaitoinen hoitaja osaa jäsentää tietoa sopivan kokoisiksi kokonaisuuksiksi, jotta omaisen pystyy tiedon ymmärtämään ja omaksumaan. Samoin on syytä huomioida ohjausta annettaessa omaisen ikä, persoonallisuus, kuulo ja näkö. (Torkkola ym. 2002, 29, 31.)

Ohjauspaikka vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Siksi ohjaukselle on syytä katsoa rauhallinen ja mahdollisimman häiriötön paikka, jossa ulkopuoliset eivät pääse kuulemaan asioita. Useamman hengen potilashuone ei siksi ole paras paikka ohjaukselle. Hoidon jatkuvuus voidaan varmistaa kirjaamalla ohjausten sisällöt potilaan sairauskertomukseen. (Torkkola ym. 2002, 30, 33.) Yhteisistä ohjaukseen liittyvistä käytännöistä voidaan sopia yhdessä hoitohenkilöstön ja osastonhoitajan kesken osastolla.

3.2 Kirjallinen ohjaus

Kirjallinen omaisinformaatio tukee omaisten saamaa informaatiota ja auttaa palauttamaan puhuttuja asioita myöhemmin mieleen. Kirjallisen materiaalin merkitys korostuu yhä enemmän nykyisin, kun varsinaiselle suulliselle ohjaukselle jää aiempaa vähemmän aikaa ja hoitoajat ovat lyhyempiä (Kyngäs & Hentinen 2009, 115; Torkkola ym. 2002, 24, 29.) Suullinen ohjaus ei yleensä ole riittävää, vaan tueksi tarvitaan kirjoitettuja ohjeita. Toisaalta myöskään pelkän ohjelehtisen antaminen ei täytä hyvän ohjauksen vaatimuksia, vaan suullisella ohjauksella tuetaan, syvennetään ja tarkennetaan kirjallista ohjausta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 115.)

Kirjallinen ohje voidaan antaa omaiselle henkilökohtaisesti, jolloin suullisella ohjauksella voidaan täydentää annettua tietoa omaisen tarpeet huomioiden. Tällöin omaisella on myös mahdollisuus heti kysyä, mikäli jokin asia jää epäselväksi tai mietityttää. Ammattitaitoinen hoitaja osaa suhteuttaa antamansa ohjauksen vastaamaan omaisen tarpeisiin. Samojen asioiden liiallinen toisto saattaa turhauttaa omaista, etenkin, jos asiat ovat itsestäänselvyyksiä omaiselle. Toisaalta taas jotain tietoa voi helposti jäädä antamatta, jos hoitaja ei osaa kysyä tai tulkita omaisen viestejä tämän tiedon ja tuen tarpeestaan. Hoitajalla tulee olla taito kuunnella, tulkita ja havainnoida omaisen sanatonta viestintää. (Torkkola ym. 2002, 25-26.)

3.3 Omaisen osallistumismahdollisuudet hoidossa ja kuntoutuksessa

Akuutisti sairastuneen potilaan omainen voi olla aluksi järkyttynyt tilanteesta ja hän kokee usein avuttomuutta ja voimattomuutta. Tämän vuoksi omaiselle on usein tärkeää kokea voivansa auttaa potilasta. Auttaminen voi olla konkreettista hoitoihin osallistumista tai potilaan henkistä tukemista ja läsnäoloa. (Paavilainen 2012; Åstedt-Kurki ym. 2008, 69.) Hoitohenkilökunta voi auttaa löytämään kunkin potilaan omaiselle oma sopiva tapansa osallistua hoitoon. Tehtävät voivat olla osallistumista yksinkertaisiin arkipäivän asioihin, kuten hiusten kampaamiseen, nenän pyyhkimiseen, ruokailussa ja juomisessa avustamiseen sekä mahdollisesti asennon kääntämiseen hoitajan ohjauksen jälkeen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 69.)

Auttaminen ja hoitoon osallistuminen ovat aina vapaaehtoisia omaiselle. Potilaan ja omaisen tulee voida myös kieltäytyä tai rajata tätä hoitoa. Hoitoon osallistumistavat voivat olla hyvin erilaisia. Jollekin omaiselle tai potilaalle riittää hyvin vain omaisen läsnäolo ja keskustelu, toinen potilas toivoo apua hyvinkin henkilökohtaisiin toimiin, jos omainen on niihin valmis. Omaiselle ei koskaan anneta varsinaista hoidollista vastuuta potilaan hoidosta, vaan omaisen rooli liittyy lähinnä läheisenä olemisen vastuuseen. Osallistumistavat riippuvat potilaan ja omaisen suhteesta. (Pottinkara 2004, 85.)

On tutkittu, että erityisesti muistiongelmista ja sekavuudesta kärsivä potilas hyötyy läheisensä läsnäolosta osastolla. Tutun ihmisen läsnäolo voi vähentää sekavuutta olennaisesti ja helpottaa hoitotoimien sujuvuutta. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015.) Joskus päivittäiset perustoiminnot sujuvat tutun ihmisen kanssa paremmin kuin vieraan hoitajan. Delirium-tila voi olla potilaalle hyvin traumaattinen kokemus harhoineen. Tällöin nämä potilaat kaipaavat huolenpitoa, välittämistä ja tietoa, että joku on läsnä heidän vierellään ja auttaa heitä. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006.)

Käytösoireita voidaan tutkimusten mukaan lieventää luomalla hoito-myönteinen ilmapiiri. Musiikki, laulaminen tai ajatusten suuntaaminen keskustelun avulla muihin asioihin voivat helpottaa käytösoireita ja levottomuutta. Samoin vanhojen asioiden muistelusta, rauhallisesta kosketuksesta tai hieronnasta voi olla apua. (Hynninen 2016, 47–48.) Näitä myös omaisten on mahdollista tehdä vierailunsa aikana.

Ulkoilulla on todettu olevan monia positiivisia vaikutuksia terveyteen. Se muun muassa vähentää kipua, ahdistuneisuutta, tukee normaalia vuorokausirytmää, kohentaa ja ylläpitää fyysistä kuntoa ja tarjoaa usein mielekäästä tekemistä potilaalle (Telaranta 2014, 158). Ulkoilusta on kuitenkin aina keskusteltava hoitajien kanssa ja siihen tarvitaan lupa. Riskinä on, ettei sekavuusoireista potilasta saada takaisin osastolle. Henkistä kuntoutusta voi olla vaikkapa keskustelu ja lehden ääneen lukeminen omaiselle (Telaranta 2014, 137).

Etenkin päihteidenkäyttäjillä deliriumin ja muiden alkoholihaittojen tehokas ehkäisy vaatii päihteiden käytön lopettamista. Omaisten ja läheisten tuki, kannustus, myötäeläminen ja positiivinen palaute ovat tässä elämänmuutoksessa erittäin tärkeitä. Ne lisäävät sitoutumista ja onnistumisen mahdollisuuksia. (Ylimäki 2009, 220; Kyngäs & Hentinen 2009, 34.)

3.4 Omaisyhteistyö kohdeosastolla

Omaiset ovat tärkeä osa potilaan toipumista. Potilaan sairaus tai muutos hänen terveydentilassaan vaikuttaa yleensä koko hänen perheeseensä tai läheisiinsä. Omaisten ja läheisten antaman tiiviin tuen on havaittu parantavan potilaan hoitoon sitoutumista (Kyngäs & Hentinen 2009, 34). Omaisten antaman tiedon kautta saadaan usein tarkempi kuva potilaan kokonaistilanteesta. Hoidon on todettu olevan tehokkaampaa, kun voidaan kerralla huomioida koko perhetilanne ja sen voimavarat. Omaiset osallistuvat hoitoon usein sitä mieluemmin, mitä paremmin he kokevat tulevansa huomioiduksi hoidossa. (Paavilainen, Salminen-Tuomaala, Kurikka & Paussu 2009; Paavilainen 2012.)

Tässä kehittämistyössä kuvatus eteläsuomalaisen kaupungin terveyskeskussairaalan konfuusio-osastolla omaiset pyritään ottamaan heti hoitajakson alusta asti mukaan hoitoon, jos potilas antaa siihen luvan. Tietoja annetaan vain potilaan nimeämälle henkilölle. Jos potilas ei sairautensa vuoksi pysty lupaa antamaan, tietoja annetaan vain lähiomaiselle. Potilas voi itse myös rajoittaa tietojen antamista omaiselleen. Osaston toiminnan sujuvuuden vuoksi yksi omaisista nimetään yhteyshenkilöksi, mutta kaikilla omaisilla on potilaan niin halutessa oikeus käydä häntä tapaamassa. (Kohdekaupunki n.d.)

Potilaan tullessa osastolle omahoitaja on yhteydessä omaiseen ja tarkistaa tämän yhteystiedot, potilaan kotitilanteen ja kertoo osaston käytännöistä. Potilaalle annetaan osaston esite, johon hän voi tutustua yhdessä omaisena kanssa. Osaston esitteessä kerrotaan osaston toiminnasta sekä sairaalan palveluista ja käytännöistä. Erityistyöntekijöiden, kuten sosiaalihoitajien ja sairaalapastorin toimenkuvasta ja yhteydenottotavoista on kerrottu ohjeessa, joten nämä asiat rajataan opinnäytetyön yhteydessä luotavasta omaisesitteestä pois.

Hoitojakson alussa omaiselle annetaan täytettäväksi kotitilannetta ja aiempaa kotikuntoa kartoittava lomake, jonka pohjalta hoitoa ja kuntoutusta aletaan suunnitella (Kohdekaupunki 2017). Lisäksi omaiset voivat saada täytettäväkseen muita potilaan selviytymistä tai oireita kartoittavia lomakkeita. Esimerkiksi muistihäiriöiden tai deliriumtilan diagnosointia helpottaa, jos omaisilta saadaan tarkempia tietoja oireista ja niiden alkamisajankohdasta.

Osastolla järjestetään moniammatillisia tavoitekokouksia viikoittain. Kokouksissa ovat läsnä omahoitaja, lääkärit, sosiaalihoitaja, palveluohjaaja ja tarvittaessa eri terapeutteja. Tavoitekokouksissa käydään läpi potilaiden tilannetta ja suunnitellaan kotiutumista. Pienin, viikkokohtaisin tavoittein potilasta kuntoutetaan pärjäämään yhä omatoimisemmin päivittäisistä toimistaan. Ensisijaisesti potilas pyritään kotiuttamaan aina omaan aiempaan asuinpaikkaansa, jos se on mahdollista. Kotiin on mahdollista saada erilaisia tukipalveluja ja kotihoidon apuja. Joskus kotiutumisesta tukee muutamien kuukausien mittainen päiväsaarialajakso, jossa potilas käy kotiuduttuaan muutamina päivinä viikossa. Myös päiväkeskustoiminta on yksi vaihtoehto. Jos kotona pärjääminen ei ole vielä realistinen vaihtoehto, voi tulla kyseeseen määräaikainen tai pidempiaikainen palveluasumis- tai hoiva-asumispaikka tai senioriasunto. (Kohdekaupunki n.d.) Näitä asioita mietitään moniammatillisesti tavoitekokousten yhteydessä sekä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Tarpeen mukaan voidaan pitää hoitoneuvotteluja yhdessä potilaan, omaisen tai mahdollisesti jatkohoidosta vastaavan tahon kanssa. Tavoitekokouksen jälkeen omahoitaja tiedottaa suunnitelmista potilaalle ja omaiselle.

Pitkän hoitojakson aikana omaisia saattavat stressata taloudelliset haasteet. Hoitohenkilökunta voi ohjata omaisia tarvittaessa kääntymään sosiaalihoitajan puoleen. Hänen kauttaan on mahdollista järjestellä esimerkiksi laskujen maksamista, valtakirja-asioita tai edunvalvonnan mahdollisuuksia. Laskutuksen kautta on mahdollista järjestellä maksukatto- tai maksuaika-asioita.

Osastolla hoidettavien potilaiden omaisprofiili ja omaisten osallistumistavat vaihtelevat paljon potilaskohtaisesti. Ikääntyneillä muistihäiriöitä sairastavilla potilailla puoliso tai lapset ovat usein tiiviisti mukana hoidossa. Sen sijaan päihteiden käyttäjillä omaisia ei aina välttämättä ole tai he ei-

vät halua sitoutua hoitoon. Joskus näillä omaisilla on myös omia haasteita päihteiden kanssa. (Osastonhoitaja 2017.) Päihteiden käyttö vaikuttaa yleensä koko perheeseen ja sen vuorovaikutussuhteisiin, rytmiin ja terveyteen. Se saattaa aiheuttaa häpeilyä, eristäytymistä ja hoitohenkilökuntaan suuntautuvaa vaativaa tai välttelevää käyttäytymistä. Usein päihteidenkäyttö liittyy myös perheväkivaltaan, joka heijastuu omaissuhteisiin. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 56–57.)

3.5 Omaisen uupumisen ehkäisy

Potilaan hoitoon osallistuminen on aina vapaaehtoista omaiselle. Sekä omaisella sekä potilaalla tulee olla mahdollisuus valita, osallistuuko omainen hoitoon vai ei ja missä määrin. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 69.)

Jos omainen osallistuu paljon potilaan hoitoon tai kuormittuu liiaksi sairastumiseen ja hoitoon liittyvistä asioista, voi riskinä olla omaisen uupuminen. Uupumisen taustalla on usein huoli potilaan voinnista ja pelko tulevaisuudesta. Pitkät sairaalajaksot ja päivittäiset käynnit osastolla voivat rasittaa omaista. Käyttöoireet saattavat aiheuttaa häpeää. (Hynninen 2016, 50.)

Joskus uupumisen syynä ovat sairastumisen aiheuttamat taloudelliset ongelmat (Nyman & Stengård 2004). Tutkimuksissa (mm. Korpisammal, Leinonen, Pulkkinen & Pukuri 2002) on todettu, että etenkin dementoituneiden, psykiatrisista käyttöoireista kärsivien potilaiden puoliset ovat varsin kuormittuneita. Heidän jaksamisensa tukeminen on oleellisen tärkeää jo siinäkin mielessä, että heistä on usein kiinni potilaan kotiutuminen. (Korpisammal ym. 2002.)

Luopuminen aiemman elämän peruspilareista kuormittaa niin omaista kuin potilastakin. Aiemmin itsenäisesti pärjännyt ihminen saattaa yhtäkkiä olla täysin muiden autettavana. (Osastonhoitaja 2017.) Tyypillisesti omaisilla ilmeneviä psyykkisiä kuormituksen oireita ovat ahdistus, masennus, pelko, lamaannus, syllisyys ja toivottomuus. Niin omaiselle kuin potilaallekin sairastuminen ja siihen liittyvät oireet voivat saada aikaan stressireaktion. Tällaisessa kriisitilanteessa aktivoituu ensin sokkireaktio ja sen myötä autonomiset psyykkiset puolustusmekanismit, kuten kieltäminen. Tätä seuraa reaktiovaihe, jolloin tunteet vaihtelevat ja keskittyminen on hankalaa. (Kivinummi & Alatupa 2016, 98.)

Reaktiovaiheen jälkeen on mahdollista päästä asian työstämis- ja käsitteilyvaiheeseen. Tässä vaiheessa rauhoitutaan ja voidaan alkaa työstämään asiaa sekä jäsentämään sen merkitystä. Pikkuhiljaa tapahtunut muutos hyväksytään. Surua voidaan pitää tässä yhteydessä normaalina reaktiona, eikä sitä kannata hoitaa lääkityksellä. Lääkitys voi vain hidastaa sisäisen hoitavan prosessin läpikäyntiä. Kun kriisin ja surun vaiheet on saatu on-

nistuneesti läpikäytyä, voidaan tilanteesta selviytyä ja suuntautua miettimään elämää eteenpäin. Omainen saattaa tarvita ammattilaisen apua kriisireaktion läpikäymiseen, etenkin, jos oireet pitkittyvät. (Kivinummi & Alatupa 2016, 95, 98–99.)

Muun muassa Penttilä (2017) on tutkinut psykososiaalisessa kriisissä olevan omaisen tuen tarvetta. Hänen tutkimuksensa mukaan hoitohenkilöstön on tärkeää tunnistaa tilanne ja ohjata omainen hakemaan ammatillista apua. Noin kolmannes kriisireaktiossa olevista tarvitsee ulkopuolista apua. (Penttilä 2017.) Tukea on mahdollista saada esimerkiksi terveysasemalta tai psykologien tai psykiatrien yksityisvastaanotoilta. Usein omaiset hyötyvät myös vertaistuesta tai erilaisista omaisryhmistä. Näihin on mahdollista osallistua esimerkiksi erilaisten järjestöjen ja liittojen kautta. (Härmä & Juva 2013.)

Penttilä (2017) nimeää tutkimuksensa pohjalta tärkeimmiksi omaista tukeviksi tekijöiksi omaisen tiedonsaannin, toimenpiteiden selittämisen, päätöksentekoprosessissa avustamisen, itsemurhariskin tunnistamisen ja perustarpeista huolehtimisen. (Penttilä 2017.) Näiden tekijöiden huomiointi on tärkeää kaikkien omaisten kohdalla, vaikkei omaisella varsinaista kriisireaktiota olisikaan, sillä ne auttavat omaisen jaksamisessa ja ehkäisevät kriisin syntyä.

Omista perustarpeista huolehtiminen luo pohjan sille, että omainen jaksaa itsensä lisäksi huolehtia toisesta. Omaista voi ohjata nukkumaan ja lepäämään riittävästi. Rentoutumiselle on syytä varata aikaa päivittäin ja tehdä myös mieleisiä asioita. Ruokailujen tulisi olla terveellisiä ja säännöllisiä. Päihdyttäviä ja piristäviä aineita on syytä välttää. (Kivinummi & Alatupa 2016, 18.) Hetkessä eläminen ja pienten onnen- ja ilonhetkien tunnistaminen auttavat jaksamaan (Vainikainen 2016, 81).

Tunnolliset omaiset jättävät helposti omat tarpeensa huomiotta. Hoitaja voi muistuttaa omaista käymään syömässä tai lähtemään välillä lepäämään osastolta. Potilaan hoitoon liittyvistä mieltä askarruttavista asioista omainen voi keskustella hoitohenkilökunnan tai lääkärin kanssa. Surussa ja luopumisen tunteissa läsnäolo ja empaattinen tuki ovat usein riittäviä. (Kivinummi & Alatupa 2016, 98–99.) Usean tutkimuksen mukaan (mm. Mäkinen 2002 ja Paavilainen 2012) omaisen jaksamisen ja voinnin kysyminen hoitohenkilöstön toimesta ovat antaneet omaiselle tukea ja mahdollaneet kynnystä puhua mielessä olevista asioista.

Hälytysmerkkejä omaisen jaksamattomuudesta ja ulkopuolisen avun tarpeesta voivat olla esimerkiksi univaikeudet, jolloin omainen ei koe unen palauttavan riittävästi tai hän heräilee jatkuvasti yön aikana. Omainen saattaa kokea olevansa jatkuvasti ärtynyt tai vihainen potilaalle, hänen ruokahalunsa voi olla kadonnut tai vaihtoehtoisesti poikkeuksellisen suu-

ri. Hän ei ehkä jaksakaan enää tavata muita ihmisiä eikä omille harrastuksille ei ole enää aikaa tai energiaa. (Vainikainen 2016, 81.) Tunnistaessaan näitä oireita keskustellessaan omaisen kanssa, voi hoitaja ohjata häntä haakeutumaan avun piiriin. Hoitajan on hyvä tuoda esille, että omaisen on lupa pitää myös vapaata osastolla käymisestä kokematta syyllisyyttä siitä. (Vainikainen 2016, 81.)

4 SEKAVUUTTA AIHEUTTAVAT SAIRAUDET JA NIIDEN HOITOMAHDOLLISUUDET

Valtaosa osastolla hoidettavista sekavuudesta, levottomuudesta ja käytösoireista kärsivistä potilaista sairastavat joko dementoivaa sairautta, heillä on deliriumtila ja/tai he ovat päihteidenkäyttäjiä (Osastonhoitaja 2017). Seuraavissa kappaleissa käydään läpi näiden tyypillisimpien sekavuutta aiheuttavien sairauksien ja tilojen erityispiirteitä, ennustetta sekä hoitoa.

4.1 Delirium ja muut yleiset sekavuutta aiheuttavat tilat

Sekavuustilaa voidaan kuvata nimellä delirium. Deliriumilla tarkoitetaan nopeasti kehittyvää elimellisistä syistä aiheutuvaa aivotoinnin häiriötä, joka liittyy moniin somaattisiin sairauksiin, alkoholiin tai lääkkeisiin. Se on erittäin yleinen sairailla potilailla ja etenkin vanhuksilla. Mitä useampi altistava tekijä potilaalla on, sitä todennäköisemmin deliriumtila ilmaantuu. Keskimäärin joka neljäs iäkäs potilas sairastuu deliriumiin jossain vaiheessa sairaalajaksoaan. Altistavina tekijöinä ovat muun muassa lääkeaineet, säännöllisen alkoholin, päihteen tai lääkeaineen käytön äkillinen lopettaminen, sydän- ja verisuonisairaudet, erilaiset kasvaimet, traumat, leikkaushoidot, rakenteelliset aivosairaudet tai -vammat, tulehdussairaudet, aistivajeet, aineenvaihduntahäiriöt ja epileptiset kohtaukset. Etenkin eteneviin muistisairauksiin liittyy kohonnut riski deliriumin ilmaantumiseen. Aiemmin sairastettu sekavuustila saattaa lisätä riskiä uudelleen sairastumiseen. (Leppävuori 1997, 105–114; Pitkälä, Laurila, Erkinjuntti & Leppävuori 2010, 213–218; Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 108–109; Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 6–11.)

Ennako-oireina esiintyy parin edeltävän vuorokauden aikana ahdistuneisuutta, ärtyneisyyttä, psyykkistä ja motorista levottomuutta, univaikeuksia tai painajaisunia. Varsinainen deliriumtila kehittyy äkillisesti muutamien tuntien tai vuorokauden aikana. Siihen liittyvät oireet ovat lyhytkestoisia ja nopeasti vaihtelevia. Hyperaktiivisessa muodossa oirekuvana valitsevat levottomuus ja ahdistuneisuusoireet. Hypoaktiivisessa muodossa

potilas on psykomotorisesti hidastunut ja omiin maailmoihinsa vajonnut. Delirium voi olla myös sekamuotoinen. Yleisesti deliriumin oireina esiintyy lisäksi erilaisia laaja-alaisia huomio- ja käsityskyvyn muutoksia, muistin ja loogisen ajattelun häiriöitä, uni-valverytmin häiriöitä ja desorientaatiota. Mieliala voi vaihdella ääripäästä toiseen ja potilas saattaa olla aggressiivinen ja harhainen. Oireet ovat usein voimakkaimmillaan öisin. Deliriumtilan aiheuttaneen sairauden oireiden lisäksi potilaalla saattaa ilmetä takykardiaa, punoitusta, hikoilua ja äkillistä verenpaineen nousua. (Laurila ym. 2006, 6–11; Leppävuori 1997, 105–114; Noppari ym. 2007, 108–109; Pitkälä ym. 2010, 213–218.)

Etenkin alkoholinkäytön äkilliseen lopettamiseen liittyy delirium tremens-niminen tautimuoto, jota voidaan kutsua myös juoppohulluudeksi. Alkoholidelirium ilmaantuu 1–3 päivän kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta. Se eroaa edellä kuvatusta, pääosin vanhuksilla ja monisairailla tavatusta deliriumista etenkin siinä, että tässä tautimuodossa korostuvat usein levottomuus ja harhaisuus. (Pitkälä 1996.) Tila liittyy aivojen yliaktiivisuustilaan ja siihen liittyy usein vieroitusoireita, kouristeluja, desorientaatiota, levottomuutta sekä usein myös avointa harhaisuutta. Potilas saattaa vapista, olla ärtyisä ja kärsiä unettomuudesta. Psykoottisten oireiden vuoksi potilas saattaa tarvita psykiatrasta erityisosaamista. (Alanen & Leinonen 2010, 3794.)

Delirium kestää yleensä yhdestä neljään viikkoa ja potilas voi toipua entiselleen (Noppari ym. 2007, 109; Koponen 2011, 200). Oireet voivat kuitenkin pitkittyä. On todettu, että vain viidesosa potilaista on täysin oireettomia puolen vuoden kuluttua ja jopa neljännes ikääntyneistä potilaista on kuollut. Deliriumilla on siis varsin huono ennuste. Aiheuttajasairaudella ja sen hoidolla on ennusteen kannalta suuri merkitys. Usein potilailla on useita vakavia perussairauksia, joiden takia he ovat joutuneet sairaalahoitoon. Keskimäärin deliriumiin sairastuneen potilaan sairaalajakso on kaksi kertaa pidempi kuin siihen sairastumattomilla. Deliriumilla on todettu olevan suuri edesauttava vaikutus pysyvään laitoshoitoon joutumisessa. Deliriumin on todettu olevan usein myös ensimmäinen merkki kehittyvästä etenevästä muistisairaudesta. (Pitkälä 1996; Pitkälä ym. 2010, 225; Koponen 2011, 200–201.)

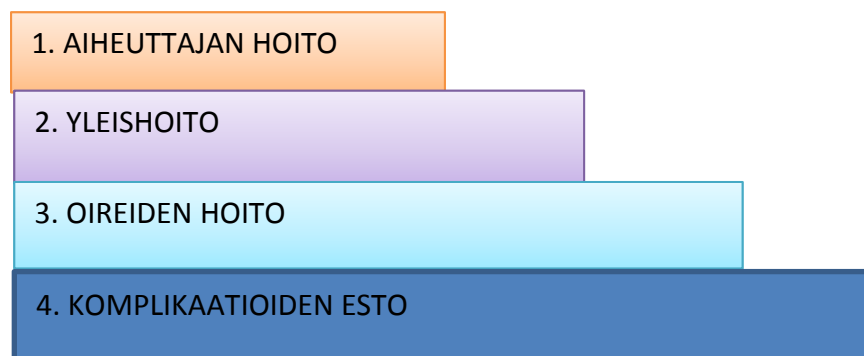
Eräs kognitiivisten häiriöiden aiheuttaja alkoholin suurkuluttajilla on Wernicke-Korsakovin oireyhtymä. Wernicken oireyhtymä aiheutuu tiamiinin puutoksesta ja sen oireina ovat kognitiivisten oireiden lisäksi muun muassa silmien liikkeiden häiriöt, delirium, hallusinaatiot, euforia ja ataksia. Ilman hoitoa noin 80 %:lla sairastuneista tila etenee Korsakovin oireyhtymäksi. Korsakovin oireyhtymässä korostuvat erilaiset työmuistin häiriöt, joita potilas pyrkii usein satuilemalla paikkaamaan. Tila voi palautua osittain alkoholinkäytön loppuessa pitkäaikaisesti. (Vataja 2016.) Ainakin noin 10 %:lla alkoholisteista on todettu esiintyvän alkoholidementi-

aa. Kaikista dementoituneista taas noin neljänneksellä on alkoholin käyttöön liittyviä ongelmia. (Runsten 2008.)

Kaikkiin edellä mainittuihin alkoholinkäyttöön liittyviin sairauksiin voi liittyä käytösoireita. Monilla päihteidenkäyttäjillä saattaa lisäksi olla muita diagnooseja päälletysten esimerkiksi psyykensairauksista. Usein potilaiden elämäntilanne on ollut ennen sairastumista epävakaa ja rikkonainen. Väkivalta ja rikokset ovat saattaneet kuulua elämäntyylisiin. Tämä on saattanut aiheuttaa sen, ettei läheisiä välttämättä ole paljon tai he saattavat olla väsyneitä tilanteeseen tai hoitoon. Päihdeorientoituneesta elämäntyylistä voi olla vaikea päästä eroon. Joskus myös läheisillä on runsasta päihteiden käyttöä, jolloin heillä ei aina ole resursseja tukea omaistaan. Menneisyys ja sen traumat tuovat omat painolastinsa potilaan elämään. Potilaat tuovat usein esiin epäluuloja ja epäluottamusta. (Runsten 2008.)

4.2 Deliriumin ja sekavuuden hoito

Deliriumin hoidon pääperiaatteet porrastuvat hoidon tärkeysjärjestyksen mukaan. Ensimmäisistä varmistetaan vitaalielintoiminnot. Tämän jälkeen hoidetaan tilan laukaissut somaattinen sairaus. Hyvästä yleishoidosta huolehditaan. Muut oireet ja myötävaikuttavat tekijät hoidetaan oireenmukaisesti. Lopuksi huolehditaan riittävästä psyykkisestä tuki- ja jatko- hoidosta. (Leppävuori 1997, 107; Pitkälä ym. 2010, 222–223.)



Kuva 1. Deliriumin hoito on neljäportainen (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006).

Alussa nesteytyksestä ja ravitsemuksesta huolehtiminen ovat tärkeitä. Varsinaista parantavaa lääkehoitoa deliriumiin ei ole olemassa, mutta lääkehoidolla pyritään lievittämään oireita. Esimerkiksi levottomuutta ja siihen liittyvää loukkaantumisriskiä voidaan lievittää lääkkeillä, samoin aistiharhoihin liittyvää ahdistusta. Uni-valverytmin tukemiseksi voidaan

tarvita unilääkitystä. Lääkehoidon tarve on usein lyhytaikainen ja sitä tulee arvioida säännöllisesti. (Koponen 2011, 202.) Alkoholin aiheuttamissa deliriumeissa annetaan lisäksi tiamiinia lihakseen tai suonensisäisesti.

Sekavuuteen johtaneet syyt pyritään aina selvittämään erilaisin tutkimuksin ja haastatteleamalla potilasta ja/tai omaista. Usein oikeaan diagnoosiin pääsemiseksi tarvitaan omaisten apua selvitetessä kotiolosuhteita, kotona pärjäämistä, lääkkeidenkäyttöä ja oireiden alkamisajankohtaa. Koska dementiaan tiedetään olevan yksi suurimmista deliriumille altistavista tekijöistä, tutkitaan sen mahdollisuus. (Pitkälä 1996.)

Hoitoympäristö pyritään rauhoittamaan turhilta virikkeiltä. Selkeät värit ja sopiva valaistus edistävät paranemista ja vuorokausirytmien syntymistä. Potilaan orientaatiota pyritään tukemaan tiiviillä hoitohenkilöstön läsnäololla. Hoitohenkilöstön käyttäytymisen tulee olla rauhallista ja varmaotteista. Omat tutut esineet ja esimerkiksi valokuvat auttavat palautumista realiteetteihin. Omaisten läsnäolo on toivottavaa ja rauhoittaa usein potilasta. (Pitkälä ym. 2010, 222–223.) Omat silmälasit ja kuulokoje ovat tärkeitä ympäristön hahmottamisessa (Pitkälä 1996). Nähtävillä olevat kello ja kalenteri auttavat ajan- ja paikantajun säilyttämistä. Turhien katetrien ja suonikanyylien käyttöä vältetään infektioiden estämiseksi ja repimisen ehkäisemiseksi. Potilas pyritään saamaan liikkeelle heti hoitajakson alussa fyysisen kunnon ylläpitämiseksi. Tavoitteena on, että hän kykenisi itsenäisesti tai avustettuna tekemään normaalit arkiaskarensa. (Jämsen ym. 2015.)

Lepositeiden käyttöä pyritään välttämään, sillä niiden on todettu jopa pahentavan oireita. (Pitkälä ym. 2010, 223; Jämsen ym. 2015.) Mielenterveyslain mukaan potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä tai potilaan muista välttämättömistä rajoittamistoimenpiteistä päättää aina häntä hoitava lääkäri (Mielenterveyslaki 1990). Konfuusio-osastolla ei hoideta tahdosta riippumatonta hoitoa tarvitsevia potilaita, vaan heidät ohjataan tarvittaessa erikoissairaanhoidon puolelle (Osastonhoitaja 2017).

Mielenterveyslain mukaan lääkäri voi rajata potilaan liikkumisvapauksia hoitoyksikön sisällä tai ulkopuolella. Lääkärillä on oikeus eristää potilas muista potilaista, jos hänen epäillään voivan uhkauksensa tai käytöksensä perusteella vahingoittaa itseään tai muita potilaita. Samoin näin voidaan tehdä, jos hän vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden hoitoa, vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai tuhoaa omaisuuttaan merkitsevästi. Lisäksi voidaan eristää myös muissa tilanteissa erittäin painavin perustein. Lain mukaan potilaan kiinnipitämisen, sitomisen tai eristämisen tulee olla mahdollisimman lyhytaikaista ja tilaa on arvioitava usein. Eristetylle tai sidotulle potilaalle on määritettävä vastuuhoitaja, joka seuraa vointia. Sidotun potilaan tulee aina olla henkilökunnan kanssa näkö- tai kuuloyhteydessä. Potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle voidaan rajoittaa sil-

loin, jos siitä epäillään vakavasti olevan haittaa hänen terveydelleen, kuntoutukselleen tai hoidolleen. (Mielenterveyslaki 1990.)

Akuutin vaiheen jälkeen on syytä miettiä jatkohoitoa tilan uusiutumisen ehkäisemiseksi. Iäkkäiden henkilöiden deliriumia ehkäistään parhaiten perussairauksien hyvällä hoidolla, seurannalla ja ennakoimalla tilan kehittymisen mahdollisuus esimerkiksi leikkauksen yhteydessä (Pitkälä 1996). Kotiin on mahdollista saada kotihoidon apua esimerkiksi lääkehoidon toteutumisen varmistamiseksi tai muun pärjäämisen tukemiseksi. Koska tila on usein varsin traumaattinen potilaalle itselleen, tarvitsee hän toivuttuaan informaatiota deliriumin luonteesta ja oirekuvasta, jotta voidaan välttää psyykkiset jälkikomplikaatiot (Laurila ym. 2006).

Alkoholin tai muiden päihteiden ollessa kyseessä keskeistä on pyrkiä täysraittuuteen, sillä alkoholista riippuvainen henkilö kykenee harvoin hallitsemaan juomistaan (Huttunen 2016a; Mäkelä 2010). Tärkein tekijä onnistumiseen on oma halu ja motivaatio. Potilas tulee saada miettimään juomiseen ja retkahtamiseen johtaneita syitä, jotta hän kykenee ennakkoimaan niitä. Juomisen sijalle on hyvä löytää muita erilaisia ja turvallisia toimintoja. (Alho ym. 2015.) Usein potilaan alkoholiongelmaan kietoutuu hänen koko elämänpiiriinsä, joten hoidossa on hyvä huomioida kokonaisvaltaisuus. Koska riippuvuus on yleensä erittäin vahva, tarvitaan usein ulkopuolista apua vieroittumisessa. Yleensä vasta kolmesta kuukaudesta puoleen vuoteen kestävä täysraittiusjakso auttaa hallitsemaan käyttöä. A-klinikka ja erilaiset päihdehoitoyksiköt voivat tarvittaessa olla apuna (Huttunen 2016a). Kohdekaupungissa on kaksi A-klinikan toimipistettä, joissa toisessa on saatavilla myös vertaistukiryhmä päihteidenkäytön lopettamiseksi. Myös kotona tapahtuva vieroitushoito on joissain tapauksissa mahdollinen. Joskus tarvitaan laitospuolesta vieroitushoitoa tai kuntoutusjaksoa. (Kohdekaupunki n.d.) Näistä vaihtoehdoista voidaan keskustella osastolla.

4.3 Muistihäiriöt ja dementia

Etenevillä muistihäiriöillä tarkoitetaan aivoja rappeuttavia ja toimintakykyä laaja-alaisesti heikentäviä sairauksia, jotka johtavat edetessään dementiaan (Muistiliitto 2016). Dementia on siis oireyhtymä, ei erillinen sairaus (Telaranta 2014, 29). Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset dementiat tai näiden kahden yhdistelmät, Lewyn kappale-tauti ja otsa-ohimolohkorappeuman aiheuttamat muistisairaudet. (Muistiliitto 2016.) Alkoholidementia aiheutuu pitkäaikaisesta runsaasta alkoholin käytöstä (Runsten 2008). Suomessa arvioidaan olevan ainakin 93 000 muistisairauksista kärsivää ihmistä. (Muistiliitto 2016.) Lukumäärä kasvaa väestön ikääntyessä. Muistisairauksia esiintyy myös työikäisellä väestöllä (Muistiliitto 2016.)

Dementian oireisiin kuuluvat erilaisten muistihäiriöiden ohella usein kielelliset häiriöt, esimerkiksi nimeämisvaikeudet ja sanojen ymmärtämisen vaikeus. Kätevyys saattaa heiketä, joka voi hankaloittaa esimerkiksi pukeutumista tai peseytymistä. Tunnistamisvaikeuksien vuoksi voi olla vaikea tunnistaa omaisia tai tuttuja esineitä. Monimutkaisten älyllisten toimien suorittaminen vaikeutuu. Lisäksi monilla esiintyy käyttäytymisen ja tunneilmaisun muutoksia. Ajan- ja paikantaju voi olla häiriintynyt. Dementiaoireet vaihtelevat sairauden mukaan ja voivat olla eteneviä, paikallaan olevia tai parannettavissa olevia riippuen niiden aiheuttajasta. (Muistiliitto 2013.)

4.4 Käyttöoireet

Käyttöoireilla tarkoitetaan häiriöitä psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen säätelyssä. Jopa 90 %:lla dementoivia sairauksia sairastavilla potilailla esiintyy käyttöoireita jossain vaiheessa sairauttaan. Myös persoonallisuuden muutokset ovat tavallisia. Etenkin otsa-ohimolohkorappeuma vaikuttaa voimakkaasti potilaan persoonallisuuden muutokseen ja tekee potilaasta usein aggressiivisen, äkkipikaisen ja estottoman. (Remes & Winqvist 2011, 193–195.) Alkoholidementian vauriot painottuvat tälle samalle aivoalueelle, jolloin heillä korostuvat usein samankaltaiset oireet. Lisähaastetta otsa-ohimolohko- ja alkoholidementiapotilaiden hoitoon tuo, että he ovat usein kohtalaisen nuoria ja fyysisesti vahvoja. (Runsten 2008.)

Käyttöoireina voi esiintyä muun muassa aggressiivista käyttäytymistä, ahdistuneisuutta, apatiaa, harha-aistimuksia, harhaluuloja, itsensä vahingoittamista, kuljeskelua, poikkeavaa motorista käyttäytymistä, karkailua, tarkoituksetonta pukeutumista ja riisuuntumista, tavaroiden keräämistä tai kätkemistä (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 18). Myös masennus, seksuaalissävytteiset käyttöoireet ja uni-valverytmin häiriöt ovat tavallisia (Remes & Winqvist 2011, 193–194).

Alzheimerin tautiin liittyy tyypillisinä käyttöoireina masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, unihäiriöitä, levottomuutta, harhaluuloja ja aggressiivisuutta. Verisuoniperäisissä muistihäiriöissä oireet taas painottuvat usein toiminnanohjauksen ongelmiin ja tuovat mukanaan toiminnan hidastumista ja masennusta. Lewyn kappale-taudissa korostuvat jäykkyyden ja nopean oireiden vaihtelun lisäksi elävänoloiset näköharhat ja paranoidistyyppiset harhaluulot. Käyttöoireet voivat olla omaisille hyvin raskaita ja niiden on todettu heikentävän omaisen jaksamista ja johtavan usein pysyvään laitoshoitoon. (Remes & Winqvist 2011, 193–195.)

Taulukko 1. Käyttöoireiden yleisyys dementiapotilailla (Remes & Winqvist 2011, 193).

Masennus	20–80 %
Apatia	20–90 %
Levottomuus	20–75 %
Ahdistuneisuus	20–50 %
Psykoottiset oireet	5–75 %
Persoonallisuuden muuttuminen	50–90 %
Uni-valverytmin häiriöt	60–70 %
Seksuaaliset käyttöoireet	10–15 %
Syömishäiriöt	30 %

Runsas alkoholin tai muiden päihteiden käyttö liittyy usein erilaisiin psyykkisiin oireisiin. Oire, kuten masennus voi olla joko jo olemassa, jolloin käyttäjä saattaa yrittää hoitaa sitä päihteillä, tai päihteen käyttö voi aiheuttaa oireen. Vieroitusoireisiin liittyy usein ahdistuneisuutta, masennusta, unihäiriöitä ja yllättäviä mielialan vaihteluita. Alkoholin aiheuttamaan delirium-tilaan liittyviä käyttöhäiriöitä ja niiden hoitoa on kuvattu luvussa 4.1. Päihteiden pitkäaikaisvaikutuksina esiintyy muun muassa paniikkihäiriötä, maanista oireilua ja vainoharhaisuutta. Useimmiten psyykkiset häiriöt ovat sitä moninaisempia, mitä useamman aineen sekakäyttäjä henkilö on ollut. (Vorma, Rapeli & Pieninkeroinen 2011, 299-302.)

Käyttöoireisiin ei aina tarvitse puuttua. Jos oire kuitenkin rasittaa ja häiritsee potilasta itseään, omaista tai muita, on se hyvä hoitaa. Samoin hoitoa tarvitaan, jos oireesta aiheutuu vaaratilanteita tai se hankaloittaa potilaan sosiaalisia suhteita tai estää häntä huolehtimasta itsestään riittävästi. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 18.) Käyttöoireet ovat yksi suuri syy, joka lisää omaisen uupumista ja sen myötä potilaan riskiä joutua tuetumpaan asumismuotoon. Jos käyttöoireita on paljon ja ne kestävät pitkään, onkin hyvä selvittää niiden syyt ja valita paras hoitokeino myös omaisen jaksamisen tueksi. (Telaranta 2014, 81).

Lääkkeettömät hoidot ovat aina etusijalla. Ensisijaisesti pyritään selvittämään oireen syy ja hoitamaan se. Taustalla voi olla esimerkiksi fyysinen

sairaus tai oire, josta potilas oirehtii käytösoireilla. (Sulkava ym. 1999, 18–19.) Omaisen apua voidaan tarvita erilaisten käytösoiretta ja aiempaa tilannetta kartoittavien kyselyjen täytössä.

Joskus aistiharhat aiheutuvat huonosta kuulosta tai näöstä, jolloin tilanne saattaa parantua nämä korjaamalla. Omat valokuvat ja tärkeät esineet voivat auttaa tilasta palautumisessa. Hoitoympäristön rauhallisuuteen ja turvallisuuteen on hyvä kiinnittää huomiota. Usein sopiva viriketoiminta ja liikunta tukevat päivärytmiä ja antavat mielekkyyttä päivään. Virike-toiminta on kuitenkin optimoitava kullekin potilaalle sopivaksi. Keskustelut ja muistelu ovat hyviä toimintoja. Näihin myös omainen voi osallistua. Hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen myötä hankittu osaaminen käytösoireisten hoitoon tukee lääkkeitöntä hoitoa ja antaa välineitä omaisten tukemiseen. Joskus voidaan käyttää erilaisia terapioita, jos niitä on saatavilla. (Sulkava ym. 1999, 16–19, 26–27.)

Jos lääkkeitömät keinot eivät auta tai oire on vahvasti häiritsevä, voidaan aloittaa lääkehoito. Lääkehoidon tehoa ja tarvetta on syytä arvioida säännöllisesti. Jotkin lääkkeet saattavat myös aiheuttaa käytösoireita tai aistiharhoja. (Sulkava ym. 1999, 16–17.)

Potilaan aistiharhat ja syytökset saattavat tuntua omaisesta pelottavilta ja ahdistavilta. Usein omaista auttaa tieto, että harhat eivät ole totta eivätkä merkki psykiatrisesta sairaudesta. Harhoja ei kannata jyrkästi kumota tai kieltää, mutta ei toisaalta mennä niihin mukaankaan. (Telaranta 2014, 90–91.)

Omaista voidaan ohjata potilaan kohtaamiseen. Henkilö, joka kärsii sekavuudesta ja aggressiivisesta käyttäytymisestä, ymmärtää parhaiten selkeän ja suoran puheen, jossa käytetään lyhyitä lauseita. Kieltäminen ja suora ei-sana saattavat lisätä aggressiivisuutta, joten on suositeltavaa suosia asian ilmaisua positiivisin sanakääntein. Aggressiivisuuteen ei saa mennä mukaan. Puhetempoa ja äänenvoimakkuutta on hyvä muuntaa tietoisesti vielä normaaliakin rauhallisemmaksi. Tämä auttaa rauhoittamaan myös potilasta. (Kivinummi & Alatupa 2016, 282.)

Kun potilas sairastuu ja mahdollisia käytösoireita ilmaantuu, saattaa omaiselle tulla vaikutelma, että ihmisen koko persoonallisuus on muuttunut sairastumisen myötä. Jotkin aiemmat persoonallisuudenpiirteet saattavat korostua tai kadota ja uusia outoja piirteitä voi ilmaantua. Omaiselle on hyvä tähdentää, ettei ihminen itsessään ole muuttunut, vaan sairaus tai oire on muuttanut käytöstä tai persoonallisuutta. (Telaranta 2014, 81.)

Positiivinen palaute vahvistaa potilaan itsetuntoa ja auttaa häntä näkemään omia voimavarojaan ja toimintakykyään. Keskustelussa on hyvä tuoda esille ilmaisuja, jotka korostavat osaamista, onnistumista ja per-

soonallisuuden hyviä puolia. Ilo, huumori ja positiivisuus ovat tärkeitä. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 300.) Omainen voi tukea sairastuneen itsetuntoa kunnioittamalla ja pitämällä kiinni läheisensä aiemmasta roolista, oli se sitten ammattirooli, isä, äiti, puoliso, mies tai nainen. Aiemmasta elämästä ja tapahtumista voi keskustella ja tuoda hyviä hetkiä esiin. Sairastunut ei välttämättä pysty erottamaan nykyhetkeä tai menneisyyttä. Tärkeintä keskusteluissa onkin tämän hetken kokeminen ja taapaamisen tunnesisältö. (Telaranta 2014, 119.)

4.5 Päihteiden käyttö

Päihteillä tarkoitetaan alkoholia, tupakkaa, huumausaineita sekä niitä lääkkeitä ja liuottimia, joita käytetään päihtymistarkoituksella (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Päihteiden sekakäyttö on yleistä erityisesti huumausaineiden käyttäjillä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Päihteidenkäyttö johtaa usein riippuvuuteen ja sietokyvyn kasvuun (Huttunen 2016b; Heinälä 2011). Tässä opinnäytetyössä päihteiden käyttäjällä tarkoitetaan lähinnä alkoholin ja/tai yleisimpien huumeiden käyttäjiä.

Alkoholinkäytön korkean riskin tasona pidetään työikäisillä naisilla päivittäin nautittuja kahta alkoholin ravintola-annosta tai yhteensä 12-16 annosta viikkoa kohden. Miehillä vastaavat luvut ovat kolme päivittäistä alkoholiannosta tai yhteensä 23-24 annosta viikkoa kohden. (Käypä hoito 2015.) Ikääntyneet sietävät alkoholia huonommin, jolloin rajat ovat heillä pienemmät (Runsten 2008).

Alkoholin haitallisella käytöllä tarkoitetaan sellaista juomatapaa, joka on aiheuttanut fyysisiä tai psyykkisiä haittoja (Heinälä 2011). Alkoholiriippuvuudessa ihmisen mieli ja psyyke tulevat riippuvaisiksi alkoholista. Alkoholihimo on niin suuri, ettei henkilö välitä sen aiheuttamista fyysisistä, sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Alkoholin sietokyky on usein kasvanut ja henkilö voi paikata alkoholin aiheuttamia vieroitusoireita jatkamalla käyttöä. (Huttunen 2016a.)

Alkoholiriippuvuutta voidaan pitää vakavana sairaustilana, joka on kaikkein seuraamuksineen keskeinen kansanterveydellinen ongelma (Huttunen 2016a). Alkoholi on ollut useiden viime vuosien ajan työikäisten miesten suurin kuolinsyy joko välillisesti tai välittömästi (Käypä hoito 2015). Vuonna 2016 alkoholin kokonaiskulutus oli 10,8 litraa sataprosenttista alkoholia jokaista 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti. Määrä on noin kolminkertaistunut viimeisten viidenkymmenen vuoden aikana. (Rönkä & Virtanen 2017.) Käyttö jakaantuu kuitenkin yhä epätasaisemmin väestössä. Tutkimusten mukaan noin 10 prosenttia käyttäjistä käyttää puolet kokonaiskulutuksesta. Tälle joukolle kasaantuu suurempi riski erilaisista alkoholihaitoista. Alkoholinkäyttäjät aiheuttavat yhteiskunnalle noin miljardin euron vuotuiset ylimääräiset kustannukset terveydenhuollon ja jär-

jestyksenpidon kustannuksina. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Viime vuosina etenkin naisten ja ikääntyneiden osuus alkoholin käyttäjästä on noussut. Ikääntyneillä on usein erilaisia lääkehoitoja, jolloin sekakäyttö alkoholin kanssa saattaa aiheuttaa monia erilaisia riskejä. (Salo-Chydenius 2017.)

Alkoholi vaikuttaa pääasiassa keskushermostoon lamauttaen sitä ja aiheuttaen humalatilan. Käytön jatkuessa tila johtaa sammumiseen. (Holopainen 2005.) Pitkäaikaisessa käytössä alkoholi voi vahingoittaa elimistön lähes kaikkia elimiä. Tämän vuoksi se aiheuttaa runsaasti haittoja. (Alho, Komulainen & Tarnanen 2015.) Henkinen suorituskyky heikkenee. Muisti, aloitteellisuus, päättelykyky ja motoriikka heikkenevät. Aluksi oireet esiintyvät vain alkoholinkäytön yhteydessä, mutta jos käyttö jatkuu, muutokset voivat jäädä pysyviksi. Kouristusherkyys lisääntyy. Pikkuaivojen toiminnan vaurioituessa liikkeiden koordinaatio ja tasapaino häiriintyvät. Alkoholi laskee veren sokeritasoa ja voi aiheuttaa aivovaurion. (Holopainen 2005.) Fyysisinä terveyshaittoina ilmenee lisäksi muun muassa erilaisia syöpiä, maksakirroosia, haimatulehdusta ja verenpainetauti (Poikolainen 2010).

Huumeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa viime vuosikymmenten aikana (Käypä hoito 2012). Huumeiden yleisimmät haittavaikutukset liittyvät aineesta riippuen esimerkiksi unihäiriöihin, vireystilan muutoksiin, sekavuuteen ja aggressiivisuuteen (Heinälä 2011). Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan keskushermostoon vaikuttavien lääkeaineiden käyttöä päihetyymystilan aikaansaamiseksi tai tilan muuttamiseksi. Lääkkeitä käytetään usein alkoholin tai muun päihteen kanssa yhdessä. (Holopainen n.d.)

Pitkäaikainen ja runsas päihteiden käyttö vaikuttaa kognitiivisiin kykyihin, taitoihin ja persoonallisuuteen. Näitä muutoksia saattaa olla jo nuorilla henkilöillä, joilla on runsas alkoholi- tai päihdetausta. (Alatupa & Kivinummi 2016, 99.) Monet psykiatriset häiriöt lisäävät päihde- ja huumeriippuvuuden kehittymisriskiä, sillä usein näihin aineisiin turvaudutaan yritettäessä lievittää masennus-, ahdistus- tai pelko-oireita. Toisaalta alkoholin ja päihteiden ongelmakäyttö aiheuttaa ja vaikeuttaa näitä oireita. (Huttunen 2016a; Huttunen 2016b; Heinälä 2011).

Päihteet lisäävät tapaturma- ja itsemurha-alttiutta. Lisäksi päihteiden käytöllä on monia sosiaalisia haittoja, kuten ihmissuhdeongelmia, aggressiivisuutta, perheväkivaltaa ja asunnottomuutta. Taloudelliset ja työelämään liittyvät ongelmat ovat myös tavallisia. (Huttunen 2016a; Österberg 2009.)

5 EETTINEN NÄKÖKULMA AIHEESEEN

Koivula (2013) toi tutkimuksessaan esille eettisiä haasteita omaisyhteisötyössä. Hänen tutkimuksensa mukaan osa omaisista koki osaston odotukset omaisten avun suhteen kuormittaviksi (Koivula 2013, 112). Tässä korostuukin omahoitajan rooli. Kun omahoitaja tuntee hyvin potilaan omaiset, on hänen helpompi arvioida heidän voimavarojaan ja tuen tarvetta sekä keskustella näistä asioista heidän kanssaan. Liiallinen omaisten koema kuormitus voi pahimmassa tapauksessa aiheuttaa sen, ettei omaisen halua tai jaksa enää tulla osastolle lainkaan. Hoitaja voi tuoda esille, että pelkkä seurustelu ja läsnäolokin ovat tärkeitä potilaille, eikä hoitoihin tai kuntoutukseen osallistuminen ole pakollista.

Jokaisella potilaalla on ihmisarvonsa ja hän toivoo, että sekä hoitohenkilökunta että omaiset kunnioittaisivat sitä. Eettistä pohdintaa saattaa joskus aiheuttaa, jos henkilöstö tai omaiset suhtautuvat potilaan sairauksiin itseaiheutettuina sairauksina. Omaiset tai henkilöstö saattavat syyllistää potilasta mielessään tästä ja pohtia, ansaitseeko hän saamansa hoidon ja huolenpidon. Tämä voi näkyä heidän käytöksessään. Esimerkiksi päihteidenkäyttö ja sen aiheuttamiin ongelmat saattavat vaikuttaa itse aiheutetuilta ja potilas tuntuu tuhoavan elämänsä. Samalla hän vaikeuttaa omaistensa elämää. Henkilöstö tai omaiset saattavat turvautua opettamaan ”oikeaa” näkemystä elämästä auktoriteettimaisella otteella. Turhautumista taas aiheuttaa, jos potilas ei tunnu ”oppivan”, vaan samat asiat toistuvat kerta toisensa jälkeen. Eettisiä haasteita saattaa aiheutua myös, jos omaisensa puolesta päättämään joutuvilla omaisilla ei ole selkeää tietoa siitä, miten potilas olisi toivonut itseään hoidettavan. (Matikainen 1996, 226–227.)

Potilaalla on itsemääräämisoikeus (Matikainen 1996, 100). Konfuusio-osastolla ei hoideta potilaita vastentahtoisessa hoidossa (Osastonhoitaja 2017). Osaston lukitut ovet ja mahdolliset erilaiset potilaille käytetyt sekavuusoireiden rajoittamistoimenpiteet aiheuttavat joskus eettistä ristiriitaa potilaan oman tahdon kanssa. On lääkäreiden ja hoitohenkilöstön ammattitaitokysymys osata arvioida ja perustella käyttämiensä toimenpiteet suhteessa potilaan tilaan ja ympäristön turvallisuuteen.

Hoitoalalla työskentelevät ovat yleensä varsin tunnollisia ja haluavat toimia ohjeiden mukaan. Väsymistä saattavat aiheuttaa työn tuomat uudet velvoitteet. (Matikainen 1996, 228–229.) Esimerkiksi tässä opinnäyte-työssä on tutkimusten myötä selvinnyt, että omaiset odottavat kirjallisen materiaalin lisäksi hoitohenkilökunnan ohjaavan ja tukevan heitä myös suullisesti. Henkilöstö saattaa kokea tämän raskaana muun työn ohella, vaikka omaisten ohjaus kuuluukin toimenkuvaan yhtenä kiinteänä osana alueena. Siksi olisikin hyvä keskustella asiasta osastolla ja luoda yhteiset pelisäännöt omaisohjauksen suhteen.

Hoitotyössä noudatetaan tarkasti vaitiolovelvollisuutta. Osastoilla useamman potilaan yhteiset potilashuoneet voivat saada aikaan herkästi eettisen haasteen. Hoitohenkilökunnan ohjatessa potilaan omaisia saatavat muut potilaat tai potilaiden omaiset kuulla keskustelun sisällön. Muiden läsnäolo saattaa myös estää potilasta tai omaista keskustelemaan avoimesti asioista, jolloin optimaalinen tiedonsiirto kärsii. (Matikainen 1996, 227.) Opinnäytetyön kohdeosastolla on pääosin käytössä yhden tai kahden hengen potilashuoneita. Etenkin suuremmissa potilashuoneissa olevien käyttöön olisi hyvä järjestää osastolta erillinen rauhallinen tila, jossa omaisten kanssa voitaisiin rauhassa keskustella.

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyönä toteutetun kehittämistyön tavoitteena on luoda erään eteläsuomalaisen kaupungin terveyskeskussairaalan konfuusio-osastolle kirjallinen omaisohje. Ohjeessa kerrotaan sekavuudesta kärsivän potilaan yleisimmistä sekavuuteen johtavista syistä, ennusteesta, hoitokeinoista ja siitä, miten omainen voi osallistua potilaan hoitoon ja siten edesauttaa potilaan toipumista. Ohjeen on tarkoitus toimia omaisia tukevana välineenä ja olla osa hoitajien antamaa suullista omaisohjausta. Työ rajataan käsittämään yleisimmät osastolla hoidettavat sekavuutta ja/tai käyttöhäiriöitä aiheuttavat sairausryhmät, joita ovat dementoivat sairaudet, delirium ja päihteiden liikkakäyttö. Koska kirjallinen ohjaus on vain yksi osa hoitajien antamaa omaisohjausta, on opinnäytetyössä käyty lyhyesti läpi yleisesti ohjaukseen liittyviä huomioitavia tekijöitä hoitajien kannalta.

7 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Seuraavissa kappaleissa kuvataan, mitä toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan, miten toiminnallinen opinnäytetyö ja sen tuotoksena syntynyt omaisohje ovat muodostuneet ja miten ohjetta on kehitetty tilaaja-osaston toiveiden mukaisesti.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakoulussa. Sen tavoitteena on ohjeistaa, opastaa, järjestää tai järkeistää käytännön toimintaa. Alasta riippuen se voi olla esimerkiksi käytäntöön suunnattu ohje, kansio tai jonkin tapahtuman toteuttaminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät luotavan tuotteen käytännön toteutus ja sen raportointi. Raporttiosiossa kuvataan, mi-

tä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Jotta työstä saadaan paras hyöty, aiheen tulisi olla työelämälähtöinen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9–10, 65.)

Toiminnallinen opinnäytetyö etenee vaiheittain. Opinnäytetyötä tehdään tiiviissä dialogisessa yhteistyösuhteessa tilaajana toimivan tahon kanssa. Tämä edellyttää keskustelua, arviointia, ajatusten uudelleen suuntausta, vertaistukea, palautteen antamista sekä vastaanottamista työn eri vaiheissa. Toiminnallinen opinnäytetyöprosessi tähtää osaltaan tekijänsä ammatillisen toimintaoppimisen kehittämiseen. Toimintaosaaminen ja sitä kautta erilaisissa työelämän projekteissa työskentely on työelämässä yhä tärkeämpi taito. (Salonen 2013, 5-6, 17-19.)

7.2 Opinnäytetyön suunnittelu

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin kevättalvella 2017, jolloin karkeaksi aihealueeksi valikoitui omaisyhteistyö ja sen kehittäminen neurologisella kuntoutusosastolla. Opinnäytetyön tekijä haki alustavaa materiaalia omaisten osuudesta hoitotyössä jo tällöin. Tilaajaorganisaatio halusi vaihtaa kuitenkin aihetta ja osastoa työn luotettavuuteen ja eettisiin syihin vedoten. Kesäkuussa 2017 uudeksi kohdeosastoksi valikoitui kyseisen sairaalan konfuusio-osasto. Osaston osastonhoitaja toi aihealueesta keskustellessa esille suuren puutteen siinä, ettei osastolla ollut kirjallista omaisinformaatiota, jonka kautta omaisille voitaisiin informoida sekavuuteen johtavista sairauksista, niiden hoidosta, ennusteesta ja omaisten osallistumismahdollisuuksista. Tämä aihe tuntui heti kiinnostavalta. Koska kaikkia sekavuutta aiheuttavia sairausryhmiä ei ollut mahdollista eikä järkevää määritellä, päätyi tekijä rajaamaan omaisohjeen tyypillisimpiin osastolla hoidettaviin sekavuutta aiheuttaviin sairauksiin ja oireyhtymiin.

Toiminnallisen opinnäytetyön aihe hyväksyttiin vielä ylihoitajalla ja tutkimuslupa haettiin kohdekaupungin tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinaatioryhmältä syyskuussa 2017. Alustavana tavoitteena oli saada työ valmiiksi jo syksyllä 2017, mutta ammattikorkeakoulun sekä kohdekaupungin kesäloma-aika, haettavat luvat sekä opinnäytetyöprosessiin liittyvät muut käytännöt siirsivät ajankohtaa marraskuun lopulle 2017.

7.3 Tiedonhaku osana opinnäytetyön toteuttamista

Tiedonkeruu kuuluu olennaisena osana myös toiminnallisen opinnäytetyön tekoprosessiin. Tietoa käytetään konkreettisen tuotoksen teossa apuna. Viitekehyksen ja tietoperustan tulee nousta oman alan kirjallisuuden pohjalta. Työn aloittamisvaiheessa on syytä määrittää, mitä tietoa tarvitaan. Tiedon keräämistavat ovat samoja, joita käytetään tutkimuksellisisissa opinnäytetöissä, mutta tutkimuskäytännöt voivat olla hieman väljempiä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 57.)

Työn aloitusvaiheessa määriteltiin, mitä opinnäytetyössä halutaan selvittää. Tietoa haluttiin ensinnäkin saada yleisimmistä sekavuutta aiheuttavista sairauksista, näihin liittyvistä oireista sekä hoidosta ja ennusteesta. Toiseksi tutkimuksellista tietoa tarvittiin omaisen tarvitsemasta tiedosta ja muista tukitarpeista sekä siitä, miten omaista voidaan parhaiten tukea. Samoin tarvittiin tietoa siitä, missä toiminnoissa omainen voi potilaan apuna osastolla olla. Kolmanneksi tietoa etsittiin hoitohenkilökunnan omaisohjaukseen liittyen. Neljänneksi tarvittiin tietoa osaston toiminnasta. Lopuksi tarvittiin tietoa vielä siitä, miten rakentaa hyvä potilasopas.

Aineistoa alettiin kerätä tämän pohjalta. Tiedonhaun pohjana käytettiin kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksen avulla on tarkoitus löytää aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset, aiheen eri näkökulmat ja selvittää, miten tekeillä oleva tutkimus liittyy aiempiin tutkimuksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 121). Tietoa osastosta, sen toimintakäytännöistä ja omaisyhteistyön muodoista hankittiin kohdekaupungin internet-sivuilta ja haastattelemalla osaston osastonhoitajaa sekä käymällä sähköpostikeskustelua hänen kanssaan. Sairaalan toimintakäytäntöjä avattiin myös opinnäytetyön tekijän kyseisessä sairaalassa työskentelyn kerryttämän omakohtaisen tiedon pohjalta.

Teoriatietoa haettiin aluksi kirjastojen tietokannoista. Kirjallisuutta, jotka käsittelevät dementiaa ja dementiaan liittyviä käytöshäiriöitä, löytyi runsaasti. Nämä käytiin läpi ja materiaaliksi valittiin työn kannalta sopivimmat. Omaisten tukemista ja osallistumismahdollisuuksia käsiteltiin muutamissa teoksissa. Psykykkisistä sairauksista kärsivien potilaiden omaisten tukemisesta ja perhehoitotyöstä on tehty useampia teoksia. Näistä valittiin ne, joita voitiin soveltaa tähän opinnäytetyöhön. Pääteisiin ja sen aiheuttamiin sairauksiin sekä käytösoireisiin liittyen löytyi muutamia teoksia. Pääteistä löytyi tuoreempaa tietoa paremmin internetin hakupalvelujen avulla. Terveysportin ja käypä hoito-tietokannan kautta saatiin asiantuntijatietopohjaa liittyen päihdesairauksiin, dementiaan sekä näiden aiheuttamiin käytösoireisiin.

Aiempiä aiheeseen liittyviä korkeakoulujen pro gradu-tutkimuksia ja väitöskirjoja haettiin yliopistojen sivuilta. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä ja julkaisuja haettiin Theseus-palvelun kautta. Hakusanoina käytettiin sanoja ”omainen”, ”dementia”, ”päähteidenkäyttäjä”, ”päähteet”, ”sekavuus”, ”käytösoireet”, ”käytöshäiriöt”, ”family”, ”relation”, ”relative”, ”alcohol-related dementia”, ”delirium”, ”confusion” ja näiden sanojen yhdistelmiä. Aiempiin tutkimuksiin perehtymällä löytyi vielä uusia lähteitä, joita käytettiin tietopohjana. Lisäksi Hämeen ammattikorkeakoulun Finna-haun sekä Itä-Suomen yliopiston Finna-haun kautta haettiin aiempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja kirjallisuutta.

Tietoa haettiin myös Terveysportin kautta, internetistä Googlen ja Google Scholarin kautta. Jonkin verran tietoa saatiin myös erilaisten yleishyödy-

listen yhteisöjen ja järjestöjen sivustoilta sekä asiantuntija-artikkeleista. Löytyneet aiemmat tutkimukset, kirjallisuus ja muu aineisto käytiin läpi ja merkittiin teemoittain. Teemoja olivat dementoivat sairaudet, käytöshäiriöt, päihteiden käyttö ja sen aiheuttamat sairaudet, edellä mainittujen sairauksien hoitokeinot, omaisyhteistyö ja siihen liittyvät omaisten tarpeet, omaisen kohtaaminen ja omaisten jaksaminen. Lisäksi haettiin tietoa kirjallisessa muodossa olevan esitteen teosta ja toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä. Näitä teemoja yksitellen tutkien muodostettiin opinnäytetyön teoriaosa. Teoriatiedon pohjalta luotiin omaisesite.

7.4 Hyvän kirjallisen ohjeen luominen

Omaisille suunnattu ohje tulee olemaan tärkeä osa omaisten saamaa ohjausta konfuusio-osastolla. Vaikka hyvään ohjaukseen kuuluu aina omaisten tarpeista lähtöisin oleva suullinen ohjaus, antaa kirjallinen ohje omaisille tärkeää perustietoa sekavuustiloista ja omaisen asemasta ja toimintamahdollisuuksista läheisensä hoidossa ja kuntoutuksessa. Kirjallisen materiaalin kautta asioihin on mahdollista palata myöhemmin. Omaisille suunnattu ohje on laadittu käyttäen hyväksi kirjallisten potilasohjeiden tekoon laadittuja ohjeita. Niiden mukaan kirjallisen ohjeen luomista helpottaa, jos sen lähtökohtana on yksikössä käytössä oleva valmis ohjepohja. Pohjassa voi olla valmiina yksikön tiedot yhteystietoineen sekä paikat kirjoittaja- ja päivytystiedoille. (Torkkola ym. 2002, 34.) Tämän opinnäytetyön yhteydessä kehitetyssä omaisohjeessa on käytetty yksikön pohjaa, mutta salassapitotoiveen vuoksi sitä on muokattu niin, ettei toimipaikka paljastu.

Kirjallisen ohjeen tulee olla ymmärrettävä ja helposti luettava (Kyngäs & Hentinen 2009, 115). Ohjeen teossa tulee pitää mielessä sen kohderyhmä ja kirjoittaa teksti siten, että se palvelee lukijakuntaa (Vilka & Airaksinen 2003, 65; Torkkola ym. 2002, 32). Samoin ohjeen tulee palvella ohjeen antaneen laitoksen informoimistarvetta. Hyvä ohje puhuttelee jo alusta asti sen lukijaa, eli tässä tapauksessa omaista. Jo ensimmäisistä virkkeistä alkaen tulee selvittää, kenelle ohje on tarkoitettu. Kieliasussa ja omaisten puhuttelemistavassa voidaan noudattaa yksikön omaa linjausta. (Torkkola ym. 2002, 35-38.) Omaisella on pyritty huomioimaan kirjallisessa ohjeessa siten, että teksti on hyvin ymmärrettävää, selkeää ja lauseet lyhyitä. Ranskalaisia viivoja on käytetty lukemisen helpottamiseksi.

Ohjeen asiasisällössä voi edetä tärkeimmistä asioista vähemmän tärkeisiin. Luettavuuden ja mielenkiinnon herättämisen kannalta tärkein on pääotsikointi. Väliotsikoilla voidaan jakaa teksti sopiviin lukupaloihin. Kuvat herättävät mielenkiintoa ja auttavat ymmärtämään asiasisältöä. Jos kuvia käytetään, tulee niiden liittyä aiheeseen. Jos kuvat ohjaavat toimintaa, tulee ne tekstittää. Kuvia käytettäessä tulee muistaa tekijänoikeuslaki tai käyttää sellaisia kuvia, joita voi käyttää maksutta. (Torkkola ym.

2002, 39-42.) Ohjeen kuvat on poimittu ilmaisesta Pixabay-kuvakirjastosta, joiden käyttöön ei tarvita lupaa tekijältä.

Paras ohjeteksti on havainnollista yleiskieltä, jossa vältetään sairaalaslangia ja monimutkaisia virkkeitä. Oikeakielisyys lisää ymmärrettävyyttä, samoin kuvien ja tekstin sijoittelu paperille. Väljyys on parempi kuin liian täyteen ahdettu paperi. Samaan ohjeeseen ei voida kaikkea mahdollista laittaa. Sen vuoksi ohjeessa voidaan mainita, mistä omaisen voi saada lisätietoa. Ohjeet ovat aina yleisluontoisia, eivätkä välttämättä sisällä tarpeeksi yksityiskohtaisia tietoja jokaisen omaisen tarpeisiin. Siksi ohjeiden täydentäminen suullisesti kuuluu hyvään ohjaukseen. (Torkkola ym. 2002, 32, 39-46.) Tarkoitus on, että hoitaja antaessaan ohjeen keskustelee aiheesta omaisen kanssa, jolloin suullinen ohjaus syventää kirjallista osuutta. Kun omaisen on tutustunut oppaaseen, voi omahoitajan keskustella hänen kanssaan niistä kysymyksistä, joita omaiselle on noussut mieleen ja syventää ohjausta omaisen yksiköiden tarpeiden mukaisesti.

Ohjeen päivitettävyyden ja löydettävyyden kannalta on paras, että ohje löytyy ohjeesta riippuen joko organisaation verkkosivuilta tai omasta sisäisestä verkosta. (Torkkola ym. 2002, 32, 60). Tämän opinnäytetyön myötä kehitettyä omaisohjetta tukee hoitohenkilökunnan antamaa suullinen ohjaus, joten sen säilyttämispaikka on parempi olla esimerkiksi kohdeorganisaation yhteiskäyttöinen työasema. Sieltä ohjetta voidaan tulostaa lisää omaisille tarpeen mukaan. Myös ohjeen päivittäminen on näin helpompaa.

7.5 Opinnäytetyön toteutus

Kesäkuun 2017 alussa opinnäytetyön aiheeksi varmistui kohdeosaston osastonhoitajan kanssa käydyssä puhelinkeskustelussa kirjallisen omaisohjeen kehittäminen. Opinnäytetyön tekijä keräsi tietoa kirjallista teoriaosuutta varten kesän 2017 aikana ja hahmotteli työn näkökulmia ja alustavaa sisältöä. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpajassa sekä viestinnän työpajassa elokuun lopulla aihetta rajattiin ja sisällysluetteloa muokattiin helposti luettavampaan muotoon. Aihe todettiin tärkeäksi ja ohjaavalta opettajalta saatiin lupa tutkimusluvan hakemiseen. Opinnäytetyön tekijä lähetti tutkimusluvan ja tutkimussuunnitelman hyväksyttäväksi kohdekaupungin tutkimuseettiselle työryhmälle syyskuussa. Puoltava vastaus saapui syyskuun lopussa.

Tämän jälkeen tekijä kävi tutustumassa osastoon ja keräämässä tarvittavia tietoja osaston toiminnasta. Samalla allekirjoitettiin opinnäytetyösopimukset. Kohdesairaalan johdon toive oli, ettei opinnäytetyössä tule esille tarkempi kaupungin tai sairaalan nimi. Tätä toivetta kunnioitettiin ja työstä poistettiin kaikki viittaukset kohdekaupungin tietoihin. Tämän jälkeen opinnäytetyön kirjalliseen osuuteen kerättyjen tietojen pohjalta luo-

tiin omaisohje sekavuudesta kärsivän potilaan omaiselle. Ohjaavan opettajan hyväksyttyä opinnäytetyön teoriaosuuden sekä kirjallisen omaisohjeen, lähetettiin ne kohdeosastolle luettavaksi ja kommentoitavaksi.

Kohdeosasto toivoi muutamien asioiden muokkaamista ja joidenkin tarkentamista työhön sekä omaisohjeeseen. Muuten osasto oli tuotoksiin varsin tyytyväinen. Pyydetty korjaukset tehtiin, jonka jälkeen työt viimeisteltiin valmiiksi.

7.6 Tilaajan palaute opinnäytetyöstä

Kohdeosasto arvioi opinnäytetyön sisältöä sekä sen tuotoksena syntyneen omaisohjeen käytettävyyttä marraskuun 2017 alussa. Osasto oli tuotoksiin varsin tyytyväinen. Muutamia pieniä kohtia molemmista osaluista toivottiin hiukan muutettavan. He kokivat, että tiedot pohjautuivat tuoreisiin materiaaleihin, lähdemateriaalia oli riittävästi ja sisältö oli oikeanlaista heidän käyttöönsä. Oppaasta koettiin omaisten lisäksi olevan apua myös osastolle tulevien opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Osaston toimintasuunnitelman tavoitteet omaisen huomioimisesta ja mukaan ottamisesta potilaan hoitotyöhön tulivat oppaassa ja opinnäytetyössä hyvin näkyviin. Osastonhoitaja kuvasi opasta ”käytökelpoiseksi työrukkaseksi” ja ”kättä pidemmäksi, näkyväksi välineeksi” osaston omaisyhteistyössä.

7.7 Opinnäytetyön eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät kysymykset

Opinnäytetyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Koska tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä luodaan teorian pohjalta omaisille jaettava ohje, on työn lähdekritiikkiin kiinnitetty erityistä huomiota (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53). Tiedonhankinta on tehty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti ja tietolähteinä käytetty tieteellisiksi lähteiksi sopivaa materiaalia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, n.d). Materiaalina on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita tietoja. Samojen tietojen löytäminen useammasta eri lähteestä vahvistaa niiden oikeellisuutta (Hirsjärvi ym. 2013, 226). Muiden tutkijoiden tulokset on esitelty rehellisesti ja huolellisesti. Viitteet on merkitty asianmukaisesti julkaisijan mukaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, n.d). Käytetyt käsitteet on määritelty yhtenäisen ymmärryksen luomiseksi ja tehty ratkaisut ja rajoitukset perusteltu (Vilkkä & Airaksinen 2003, 43, 50).

Tutkimuslupa on hankittu kohdekaupungin tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinaatioryhmältä. Työn eettisiä merkityksiä on pohdittu tutkimuslupahakemuksessa. Koska opinnäytetyötä varten ei haastatella potilaita, omaisia tai hoitohenkilökuntaa, eikä myöskään käsitellä salassa pidettäviä potilas- tai omaistietoja, eivät nämä aiheuta eettisiä haasteita työn toteuttamiselle tai aineiston hävittämiselle. Kohdeorganisaation toi-

vomuksesta kyseisen toimipaikan sijainti ja nimi salataan kuitenkin tässä opinnäytetyössä. Tilaajaosaston toiveita työn sisällön suhteen on kuultu ja heitä on käytetty apuna työn arvioinnissa ja kehittämisessä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET, POHDINTA JA ARVIOINTI

Omaiset ovat suuri voimavara potilaan niin vierellä kulkijana kuin toipumisen tukijana. On kuitenkin todettu, että omaiset saattavat herkästi väsyä, masentua tai oireilla muuten psyykkisesti kuormittuessaan potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Omaisten jaksamiseen tulisikin panostaa ennistä enemmän. Tutkimusten mukaan omaiset kaipaavat enemmän tietoa ja tukea hoitajilta (mm. Hynninen 2016; Kylliäinen 2012; Aura ym. 2010; Uronen 2011). Tämän opinnäytetyön puitteissa on kehitetty kirjallinen opas, joka luo omaisten ja hoitajan väliselle keskustelulle työkalun. Omaisen saama kirjallinen materiaali helpottaa tiedon palauttamista myös myöhemmin mieleen. Opas esittää omaiselle myös erilaisia keinoja, joiden avulla kukin omainen voi oman kiinnostuksensa ja halunsa perusteella osallistua potilaan hoitoon ja kuntoutukseen potilaan toivomissa rajoissa. Omaisen osallistumisen hoitoon on todettu lisäävän myös potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Tämä voi nopeuttaa potilaan kuntoutumista ja tuoda sen myötä yhteiskunnallista säästöä.

Sekava potilas rauhoittuu usein tutun henkilön läsnäolosta. Omaiset ovat tärkeä linkki tiedon antajana kuvatessaan potilaan pärjäämistä ja oireiden kehittymistä kotiooloissa. Tämä helpottaa ja nopeuttaa sairauksien diagnosointia osastolla. Usein sekavuuden taustalla on muistisairaus. Muistisairauksien varhainen diagnosointi ja hoito ovat yksilön elämänlaadun lisäksi yhteiskunnallisestikin ajatellen tärkeitä. Pitkälle edennyt dementia johtaa usein pysyvään, yhteiskunnalle kalliiseen laitoshoitoon. Käytösoireet nopeuttavat tätä prosessia vielä monesti. Mitä varhaisemmin hoito pystytään aloittamaan, sitä paremmin näihin oireisiin kyetään vaikuttamaan.

Myös päihteiden käyttäjille omaiset ovat tärkeä tukiverkosto päihteiden käytöstä irrottautumisessa. Raitistuminen voi parantaa alkoholin tai muiden päihteiden käyttöön liittyviä dementia- ja käytöshäiriöoireita oleellisesti, jolloin yhteiskunnallisesti kallista laitoshoidoa ei ehkä tarvita lainkaan.

Tutkimusten mukaan kaikkein tärkein tuki, jota omaiset kaipaavat, on riittävä tiedon saanti (mm. Penttilä 2017; Paavilainen 2012; Potinkara 2004). Tieto voi olla niin suullisesti kuin kirjallisesti annettua. Opinnäytetyön kautta tekijälle on kuitenkin avautunut yhä vahvemmin, että pelkän kirjallisen materiaalin pohjalta ei saavuteta niin hyvää yhteistyön ja omaisten

tietopohjan kehittymistä kuin yhdistämällä siihen hoitajan antaman suullisen ohjauksen. Tutkimusten mukaan omaiset arvostavat henkilökunnan vuorovaikutusta ja keskustelua omaisten kanssa. Tämän opinnäytetyön pohjalta opinnäytetyön tekijä päätyy esittämään, että omaisohje annetaan kaikille niille omaisille hoitajakson alussa, joiden hoidossa oleva läheinen kärsii jostain oppaassa kuvatuista sekavuuden syistä. Samalla omahoitaja täydentää ohjausta suullisella ohjauksella huomioiden omaisen yksilöllisen tilanteen ja ohjaustarpeet. Seuraavalla tapaamisella asiaan on syytä palata ja kysyä, heräsikö omaisella kysymyksiä lukemansa perusteella. Tapaamiskertojen myötä tietoa voidaan syventää ja kerrata.

Hoitajan ensikohtaaminen omaisen kanssa ja omaisen huomiointiin panostaminen tässä alkutilanteessa on avain yhteistyön kehittymiseen. Omahoitajan rooli on avainasemassa tässä yhteydessä. Omahoitajan avoin keskusteluyhteys omaisten kanssa madaltaa myös myöhemmässä vaiheessa omaisen kokemaa kynnystä keskustella asioista hoitajien kanssa ja saada sitä kautta tukea omaan jaksamiseensa.

Tässä opinnäytetyössä on vain lyhyesti käyty omaisten ohjaukseen liittyviä pääperiaatteita läpi. Koska aihe on laaja ja liittyy varsin läheisesti tässä työssä käsiteltyyn kirjalliseen omaisohjaukseen, olisi se luonnollinen jatkotutkimusaihe. Samoin omaisten jaksamisen tukemisesta ja jaksamista tukevista verkostoista olisi mahdollista rakentaa kokonaan uusi ja erillinen opinnäytetyö ja opas omaisille. Mielenkiintoista olisi myös saada palautetta siitä, miten omaiset ovat tämän kirjallisen omaisoppaan kokeneet ja mitä muita jatkokehityksaiheita tai -tarpeita heillä on noussut mieleen liittyen hoitajien ja omaisten yhteistyöhön. Olennaista olisi myös lisätä hoitajien tietoisuutta kattavalla oppaalla, jossa käytäisiin tarkemmalla tasolla läpi sekavuutta aiheuttavia sairauksia ja niiden hoito- ja kuntoutuskeinoja. Tältä pohjalta hoitajien olisi helpompi ohjata omaisia heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Opas toimisi myös hyvänä perehdytyksen pohjana uusille työntekijöille ja opiskelijoille.

Yksi tärkeä jatkotutkimusaihe olisi luoda helppolukuinen ja selkeä potilasopas, jossa käytäisiin läpi sekavuutta oireena, sen merkitystä ja hoitoa. Delirium on usein potilaille traumaattinen ja hämmentävä kokemus harhoineen. Oppaan avulla hoitohenkilöstö voisi keskustella potilaiden kanssa luontevasti oireista ja niiden merkityksestä. Kirjallinen materiaali auttaisi potilasta palauttamaan asioita mieleen myöhemmin.

Eräs tärkeä havainto työni tuloksissa on ollut se, että osaston hoitohenkilökunnan tulee yhdessä osastonhoitajan kanssa miettiä osastonsa omaisyhteistyön muotoja ja luoda omat sääntönsä sen toteuttamiselle. Esimerkiksi Koivulan (2013) väitöskirjaansa varten tekemässään tutkimuksessa selvisi, että hänen tutkimallaan kohdeosastolla ei oltu määritelty omaisyhteistyön muotoja eikä tehty kirjallisia omaisohjeita. Tällöin jokainen hoitaja toteutti yhteistyötä omista lähtökohdistaan ja omalla taval-

laan (Koivula 2013, 154.) Jatkossa voisi olla hyvä rakentaa osastolle toimiva ohjausrunko, jonka mukaisesti omaisohjausta toteutettaisiin suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti.

Tärkeää on myös miettiä osaston toimivuutta ja viihtyisyyttä omaisten näkökulmasta. Esimerkiksi istumapaikkojen järjestäminen, osaston ohjelmasta ja aikatauluista tiedottaminen ja rauhallisen omaishuoneen järjestäminen vaikkapa kahvinkeittomahdollisuuksineen lisäävät omaisten viihtyvyyttä. Omaisen ja potilaan yhteisten toimintamahdollisuuksien, kuten pelien ja lehtien järjestäminen osastolle luovat konkreettisia tapoja yhteisen ajan käyttöön. Nämä auttavat osaltaan potilaan kuntoutumista ja toipumista sekavuudesta.

Omaisoppaan tekoon toi haasteen muistihäiriöpotilaiden ja päihteidenkäyttäjien sairauksien erilaisuuksien lisäksi näiden potilasryhmien usein hyvin erilainen omaisaines. Muistihäiriöpotilailla omaisia usein on ja monet heistä ovat olleet tiiviisti mukana hoidossa jo aiemminkin. Osa heistä on sitoutunut hoitoon oman jaksamisensa äärirajoille saakka, jolloin omaisopas erilaisin hoitoon osallistumistoin saattaa tuntua osasta rasakalta. Tässä korostuukin hoitohenkilökunnan ammattitaito; ohjeen antamisen yhteydessä suullinen ohjaus ja keskustelu omaisen taustoista ja resursseista ovat tärkeitä. Välillä on muistettava kysyä, miten omainen jaksaa. Erityisesti omahoitajan rooli omaisen tuntijana ja tukijana korostuu mielestäni juuri tässä. Hyvä kirjaaminen omaisen kanssa läpikäydyistä asioista auttaa muita hoitajia jatkamaan hoitotyötä omahoitajan ollessa vapaalla.

Päihteidenkäyttäjät ovat muistisairaisiin verrattuna usein varsin erilainen potilasryhmä (Osastonhoitaja 2017). Päihteidenkäyttäjät ovat usein eläneet varsin epäsosiaalista elämää, eikä omaisia välttämättä ole tai he ovat väsyneitä auttamaan ehkä pitkäänkin jatkuneiden päihdeongelmien ja katteettomien lupausten vuoksi. Joillain omaisista saattaa olla omaakin päihdetaustaa, jolloin voimavaroja potilaan auttamiseen ei ehkä tahdo löytyä. Vaikka potilaalla itsellään olisi kotiuduttuaan halu päästä päihteisestä eroon, voi ainoa sosiaalinen verkosto olla niin vahvasti päihdeorientoitunut, että lopettaminen on hankalaa. Toivon kuitenkin, että luomani ohje saa myös muutaman näistäkin omaisista aktivoitumaan läheisensä tueksi ja miettimään ehkä myös omaa päihteidenkäyttöään.

Pieniä haasteita työn teolle toi myös se, ettei kohdeorganisaatio halunnut nimeään julkistettavan työn yhteydessä. Tämän vuoksi tiedoista jouduttiin rajaamaan kaikki tunnistetiedot esimerkiksi kohdekaupungin A-klinikoiden ja omaisten tukiryhmien toiminnasta. Kohdekaupungin internet-sivustoilta ja esimerkiksi muistiliiton sivuilta ohjeita toki löytyy. Hoitohenkilökunta voi suullisessa ohjeistuksessa ohjata omaisia tarvittaessa hakemaan tietoja sopivalta sivustolta.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisaa. Toiminnallinen opinnäytetyö on menetelmänä tekijälle uusi, joten työn myötä tämä tapa on tullut tutuksi. Aihe on tuonut tekijälle myös paljon lisätietoa sekavuuteen johtavista sairauksista. Itse en ole aiemmin työskennellyt kyseisellä konfuusiosastolla, joten aihe on vaatinut itselle uuden tiedon löytämistä ja vuoropuhelua kyseisen osaston kanssa, jotta opinnäytetyöhön ja sitä kautta luotuun omaisinformaatioesitteeseen on saatu koottua osaston kannalta tärkeimmät asiat. Osaston palaute työstä oli kuitenkin positiivinen. He kokivat, että opinnäytetyö on vastannut heidän asettamiinsa tavoitteisiin ja omaisesitettä voidaan käyttää konkreettisena, hyödyllisenä työvälineenä sekavan potilaan hoitotyössä.

Opinnäytetyön konkreettiseen rakentamiseen on kulunut aikaa kaikkiaan puolisen vuotta. Tätä edelsi noin kolmen kuukauden pituinen suunnitteluvaihe. Työtä on tehty liki päivittäin tai ainakin viikoittain haastavan vauva-arjen keskellä. Eniten hidasteita aiheutti työn aiottu aloittamisajankohta, joka osui kesäaikaan. Tämän vuoksi lupa- ja sopimusasiat sekä kohdeorganisaatiossa että ammattikorkeakoululla eivät edenneet.

Opinnäytetyöhön liittyvän tiedonkeruun kautta opinnäytetyön tekijä on kerrannut erilaisia tiedonkeruutapoja ja saanut tutustua lukuisiin mielenkiintoisiin teoksiin, tutkimuksiin, asiantuntija-artikkeleihin ja muihin lähteinä käytettyihin materiaaleihin. Aika ajoin yksin työstetty opinnäytetyö on aiheuttanut pohdintaa erilaisissa työn linjauksiin ja rajauksiin liittyvissä asioissa. Näihin on kuitenkin saanut tukea ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpajoissa käydyissä keskusteluissa ohjaavien opettajien sekä muiden opiskelijoiden kanssa.

Toiminnallisen opinnäytetyön luomista voidaan pitää prosessina, joka kehittyy vuorovaikutuksessa tilaajaorganisaation kanssa. Tilaajaosaston toiveet ja tarpeet onkin pyritty prosessin aikana huomioimaan. Työskentely on avannut tekijälle eri asioiden yhteyksiä ja luonut uusia ajatuksia työn toteuttamisen suhteen. Alkuperäistä suunnitelmaa on jonkin verran muokattu näiden perusteella. Ajallisesti opinnäytetyö on ollut varsin työlistävä. Etenkin laajan, useisiin tutkimuksiin perustuvan teoriaosan luominen on vienyt aikaa varmasti enemmän, kuin koko työhön olisi opinto-suunnitelman mukaan tarkoitus kulua. Loppua kohden teoriaosiota onkin enemmän supistettu kuin laajennettu. Hienosäätöä sisällön ja toteuttamisasu suhteen on tehty myös varsin paljon, jotta työstä on saatu mahdollisimman toimiva kokonaisuudeltaan.

Yhteenvedon voidaan todeta, että opinnäytetyöprosessin lopputuloksena syntynyttä omaisohjetta voidaan pitää tärkeänä ja käyttökelpoisena välineenä, jolla voidaan tukea omaisen osallistumista ja jaksamista sekavan potilaan hoitojakson aikana. Työlle asetetut tavoitteet ovat toteutuneet hyvin ja tilaajaosaston palaute on ollut positiivista.

LÄHTEET

- Alanen H-M. & Leinonen E. (2010). Milloin vanhus tarvitsee psykiatrista laitoshoidoa? *Suomen lääkirilehti*. 46/2010, vsk 65, 37913–795. Haettu 3.7.2017 osoitteesta http://www.spgy.org/dokumentit/milloin_vanhus_tarvitsee_psykiatrista_sairaalahoitoa2.pdf
- Alho H., Komulainen J. & Tarnanen K. (2015). *Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 9.7.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00049>
- Alueuudistus (2017). *Lyhennelmä ehdotetusta valinnanvapausmallista asiakkaan näkökulmasta 9.5.2017*. Haettu 20.6.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4663611/Faktalehti%2C+valinnanva-paus+asiakkaan+n%C3%A4k%C3%B6kulmasta++9.5.2017.pdf/05e29692-5315-4ba4-b12d-cfa3e14486f7>
- Aura M., Asikainen P., Heikkilä A., Lipponen V., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. (2010). Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 8 (2), 14–21.
- Heikkinen R-L. & Laine T. (1997). *Hoitava kohtaaminen*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Finlex (1990). *Mielenterveyslaki 1990*. Haettu 6.8.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Finlex (1992). *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785*. Haettu 19.7.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Finlex (2010). *Terveysturvalaki 1326/2010*. Haettu 24.8.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Heinälä P. (2011). *Päihteiden vaikutukset ja ongelmakäytön tunnistaminen*. OYS/Lääketieteen yksikkö. Haettu 10.7.2017 osoitteesta https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/25984_heinala161211.pdf
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. (2013). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holopainen A. (2005). *Alkoholi ja aivot*. Päihdelinkki. Haettu 5.8.2017 osoitteesta <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholi-ja-aivot>

Holopainen A. (n.d). *Lääkkeiden väärinkäyttö*. Päihdelinkki. Haettu 8.8.2017 osoitteesta <https://www.paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/laakkeiden-vaarinkaytto>

Huttunen M. (2016a). *Alkoholiriippuvuus*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 8.8.2017 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196

Huttunen M. (2016b). *Päihde- ja huumeriippuvuus*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 9.7.2017 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414

Huttunen M. (2016c). *Sekavuustila (delirium)*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 9.8.2017 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357

Hynninen N. (2016). *Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1402. Haettu 9.7.2017 osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>

Härmä H. & Juva K. (2013). *Otsa-ohimolohkorappeuma & siitä johtuvat muistisairaudet. Tietoa ja tukea sairastuneille sekä hänen läheisilleen*. Muistiliitto ry. Haettu 7.9.2017 osoitteesta http://www.muistiliitto.fi/files/7614/7341/7811/Otsa-ohimolohkorappeuma_2016_145x210_sivuittain.pdf

Jauhiainen A. (2004). *Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä*. Väitöskirja. Terveystieteiden ja talouden laitos, Kuopion yliopisto. Haettu 13.7.2017 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-952-8/urn_isbn_951-781-952-8.pdf

Joanna Briggs Institute (2014). *Omaisten osallistuminen muistisairautta sairastavan henkilön hoitoon liittyvään päätöksentekoon laitoshoidossa*. Best Practice vol 18 (2). Käännös Suomen JBI-yhteistyökeskus: Jylhä V., Siltanen H., Okkonen E. & Pohjanvuori A. Haettu 2.11.2017 osoitteesta http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2014_02_1.pdf

Jämsen E., Kerminen H., Strandberg T. & Valvanne J. (2015). Kun tauti paranee, mutta potilas ei. *Potilaan lääkäri* 9.5.2015. Haettu 3.7.2017 osoitteesta <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei/>

Keskinen T. (1997). Psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Laine (toim.) *Hoitava kohtaaminen*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 26–47.

Kivinummi J. & Alatupa S. (2016). *Kun ei suju. Selviytymisopas haastaviin asiakastilanteisiin*. Jyväskylä: PS-kustannus Oy.

Koivula R. (2013). *Muistisairaana ihmisen omaisena terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla. Tutkimus toimivuudesta*. Väitöskirja. Tutkimus 108. Jyväskylän yliopisto. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Koponen H. (2011). Delirium. Teoksessa K. Juva, C. Hublin, H. Kalska, J. Korkeila, M. Sainio, P. Tani & R. Vataja (toim.) *Klininen neuropsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 198–203.

Korpišammal L., Leinonen E., Pulkkinen L-M. & Pukuri T. (2002). Depressio- ja dementiapotilaiden puolisoitten kuormittuvuus. *Gerontologia* 16 (2002): 1, 2. artikkeli 46. Haettu 9.7.2017 osoitteesta <http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/16/1/depressi.pdf>

Koskisu J. & Kulola T. (2005). *Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä*. Helsinki: Edita.

Kylliäinen K. (2012). *Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen*. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede, terveystieteiden opettajan koulutus. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 13.7.2017 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121145/urn_nbn_fi_uef-20121145.pdf

Kyngäs H. & Hentinen M. (2009). *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Käypä hoito (2012). *Huumeongelmaisen hoito*. Haettu 8.8.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041#N>

Käypä hoito (2015). *Alkoholiongelmaisen hoito*. Haettu 25.10.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028#N>

Laurila J., Pitkälä K. & Rahkonen T. (2006). *Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito. Opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle*. Suomen Dementiahoitoyhdistys. Haettu 19.7.2017 osoitteesta

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/DEMdeliriumOpasLR.pdf>

Leppävuori A. (1997). Delirium ja psykoosi somaattisten sairauksien yhteydessä. Teoksessa K. Achte & T. Tamminen (toim.) *Psykoosi ja sen hoito*. Nurmijärvi: Recallmed Oy, 105–119.

Martikainen T. (1996). Lähihoitamisen etiikkaa. Teoksessa Salo S. & Tähtinen H. (toim.) *Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 98–109.

Matikainen M. (1996). Arkitodellisuus hoitotyössä. Teoksessa S. Salo & H. Tähtinen (toim.) *Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 223–230.

Muistiliitto (2016). *Muistisairaudet*. Muistiliitto Ry. Haettu 10.7.2017 osoitteesta <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Muistiliitto (2013). *Dementia*. Muistiliitto Ry. Haettu 10.7.2017 osoitteesta <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/dementia/>

Mäkelä R. (2010). *Alkoholipsykoosi*. Päihdelinkki. A-Klinikkasäätiö. Haettu 9.7.2017 osoitteesta <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholipsykoosi>

Mäkinen B. (2002). *lökkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa*. Väitöskirja. Ann. Univ. Turkuensis C 183. Haettu 6.8.2017 osoitteesta <http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/mediatiedotteet/arkisto/f9a5759.html>

Niemi T., Nietosvuori L. & Virikko H. (2006). *Hyvinvointialan viestintä*. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Noppari E., Kiiltomäki A. & Pesonen A. (2007). *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nyman M. & Stengård E. (2004). *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi*. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Paavilainen E., Salminen-Tuomaala, Kurikka S. & Paussu P. (2009). *Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation*. Journal of Critical Nursing 2009; 18: 22172–224. Haettu 11.7.2017 osoitteesta

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02574.x/full>

Pitkälä K. (1996). Vanhuksen sekavuustila –alidiagnosoitu ja huonoennusteinen oireyhtymä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Haettu 21.7.2017 osoitteesta

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/1996/6/duo60108>

Pitkälä K., Laurila J., Erkinjuntti T. & Leppävuori A. (2010). Sekavuustila. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 213–226.

Paavilainen E. (2012). *Potilaan ja läheisten ohjaus*. Luento. Tampereen yliopisto ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Haettu 11.7.2017 osoitteesta http://www.epshp.fi/files/6152/Potilaan_ja_laheisten_ohjaus.pdf

Penttilä H. (2017). *Psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan läheisen tunnistaminen, kohtaaminen ja ohjaaminen ensihoidossa*. Opinnäytetyö. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Sosionomi AMK, sosiaalialan koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Haettu 11.7.2017 osoitteesta

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201704054185>

Poikolainen K. (2010). *Alkoholinkäytön riskirajat*. Käypä hoito. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Haettu 9.7.2017 osoitteesta

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix00349>

Potinkara H. (2004). *Auttava kanssakäyminen*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1013. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Remes A. & Winqvist S. (2011). Muistisairaudet. Teoksessa K. Juva, C. Hublin, H. Kalska, J. Korkeila, M. Sainio, P. Tani & R. Vataja (toim.) *Klininen neuropsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 191–197.

Runsten S. (2008). *Alkoholidementia*. Koulutusmateriaali. Haettu 4.7.2017 osoitteesta

http://www.halko.fi/koulutukset/2008/erityishaasteet/silja_runsten_alkoholidementia.pdf

Rönkä S. & Virtanen S. (2017). *Alkoholijuomien kulutus 2016*. Tilastoraportti 11/2017. Suomen virallinen tilasto. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 8.8.2017 osoitteesta

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132364/Tr11_17.pdf?sequence=4

- Salo-Chydenius S. (2017). *Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö*. Päihdelinkki. Haettu 8.8.2017 osoitteesta <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmia/ikaantyneet-ja-paihteidenkaytto>
- Salonen K. (2013). *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opin- näytetyöhön - Opas opiskelijalle, opettajalle ja TKI-henkilöstölle*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Haettu 28.8.2017 osoitteesta <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017–2019*. Haettu 3.7.2017 osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1
- Sulkava R., Viramo P. & Eloniemi-Sulkava U. (1999). *Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet*. Suomen Dementiahoitoyhdistys Ry. Haettu 17.7.2017 osoitteesta <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf>
- Telaranta P. (2014). *Muistisairauden kanssa. Alzheimer arjessa*. Helsinki: Auditorium Kustannus Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014). *Ehkäisevä päihdetyö*. Haettu 9.7.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/ehkaiseva-paihde-tyo>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2016). *Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Usein kysytyt kysymykset alkoholipolitiikasta*. Haettu 8.8.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/usein-kysytyt-kysymykset/politiikka>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017). *Huumeet*. Haettu 9.7.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/huumeet>
- Torkkola S., Heikkinen H. & Tiainen S. (2002). *Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuominen J-P. (2007). *Lähiomaisen tai muun laillisen edustajan määrittäminen*. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Haettu 19.7.2017 osoitteesta

<http://tukija.fi/documents/1481661/1524476/Tuominen2.pdf/b10a62fe-60d4-45c8-aa64-b0fae9f1ffde>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) n.d. *Hyvä tieteellinen käytäntö*. Haettu 9.7.2017 osoitteesta <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Uronen R. (2011). *Omaisten käsitykset yhteistyön rakentumisesta ja tuen tarpeesta dementiakodeissa*. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, sosiaalityön koulutusohjelma. Tampereen yliopisto. Haettu 3.7.2017 osoitteesta <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/82497/gradu04998.pdf?sequence=1>

Vainikainen T. (2016). *Kumppanina muistisairaus. Tietoa, tukea, kokemuksia*. Helsinki: Kirjapaja.

Vataja R. (2016). *Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus. Käypä hoito*. Haettu 4.7.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01619>

Vilkkä H. & Airaksinen T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vorma H., Rapeli J. & Pieninkeroinen I. (2011). Alkoholi, huumeet ja väärinkäytetyt lääkkeet. Teoksessa K. Juva, C. Hublin, H. Kalska, J. Korkeila, M. Sainio, P. Tani & R. Vataja (toim.) *Klininen neuropsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 299–309.

Ylimäki E-L. (2009). Terveiden edistäminen -Terveellisiin elintapoihin sitoutuminen. Teoksessa H. Kyngäs & M. Hentinen (toim.) *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 207–227.

Åstedt-Kurki P., Jussila A-L., Koponen L., Lehto P., Maijala H., Paavilainen R. & Potinkara H. (2008). *Kohti perheen hyvää hoitamista*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Österberg E. (2009). *Sosiaaliset alkoholihaitat*. Päihdelinkki. Haettu 10.7.2017 osoitteesta <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/sosiaaliset-alkoholihaitat>

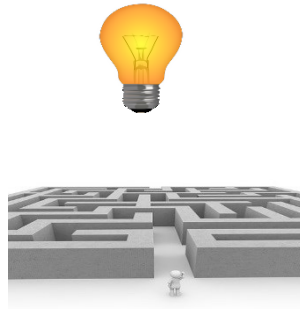
MUUT LÄHTEET:

Osastonhoitaja (2017). Puhelinkeskustelut 9.6. ja 7.11.2017 kohdeosaston osastonhoitajan kanssa.

Osastonhoitaja (2017). Sähköpostikeskustelut 7.6., 12.7. ja 12.10.2017 kohdeosaston osastonhoitajan kanssa.

Toimintasuunnitelma 2017, osasto 1. Kohdesairaala. Kohdekaupunki. (katsottu 18.8.2017)

OPAS ”OMAISENA JA LÄHEISENÄ KONFUUSIO-OSASTOLLA -OPAS OMAISELLE”

**OMAISENA JA LÄHEISENÄ
KONFUUSIO-OSASTOLLA**

- Opas omaiselle

JOHDANTO

Hyvä potilaan omainen; Tämä opas on laadittu Sinulle, jonka läheinen on hoidossa konfuusio-osastolla. Osastolla hoidetaan potilaita, joiden sairaudet voivat aiheuttaa äkillisen fyysisen ja/tai psyykkisen toimintakyvyn laskun, joka ilmenee usein erilaisina käytösoireina, sekavuutena tai levottomuutena. Tilanne on usein uusi, hämmentävä ja pelottavakin niin potilaalle itselleen kuin Sinulle, potilaan omainen. Tämän vuoksi olemme laatineet tämän oppaan antamaan Sinulle lisätietoa näistä oireista ja hoidoista.

On ensiarvoisen tärkeää, että omaiset ovat mukana tukemassa potilasta hänen hoitajaksollaan. Omaisten tuki auttaa osaltaan potilasta pienin askelin takaisin kohti omaa kotiaan tai aiempaa asuinpaikkaansa. Omaisten osallistumistapoja hoitoon ja kuntoutumiseen on monia ja ne vaihtelevat jokaisen omaisen omien voimavarojen sekä potilaan ja omaisen välisten suhteiden ja toiveiden myötä. Hoitajat voivat ohjata Sinua löytämään oma tapasi osallistua läheisesi hoitoon ja kuntoutumiseen. Joskus tukena oleminen saattaa tuntua omaisesta raskaalta. Siksi oppaassa ohjataan huomioimaan myös Sinun omaa jaksamistasi.

Tässä oppaassa keskitytään yleisimpiin sekavuutta aiheuttaviin tiloihin. Näitä ovat muistihäiriöistä, deliriumista, käytösoireista ja/tai päihteenkäytöstä aiheutuvat sekavuutta aiheuttavat tilat. On huomioitavaa, että sekavuudelle altistavia sairauksia on paljon muitakin, ja jokainen potilas reagoi ja oireilee lisäksi omalla tavallaan eri tilanteissa. Siksi ohjeistus laadittu yleisellä tasolla. Hoitajalta voit saada tarkennusta ja lisätietoja juuri oman läheisesi tilanteeseen liittyen. Onkin suositeltavaa, että keskustelethän omahoitajan kanssa oppaaseen tutustuttuasi, jos jotkin asiat mietityttävät Sinua.

Toivomme, että tämä opas antaa Sinulle tukea omaisena olemiseen!

DELIRIUM

Deliriumilla tarkoitetaan nopeasti kehittyvää sekavuustilaa. Se on elimellisistä syistä aiheutuva aivotoiminnan häiriö, joka liittyy moniin fyysisiin sairauksiin. Se on erittäin yleinen sairailta potilailla ja vanhuksilla. Altistavina tekijöinä ovat mm. sydän- ja verisuonisairaudet, tulehdukset, leikkaushoidot, säännöllisen alkoholin, päihteen tai lääkeaineen käytön äkillinen lopettaminen, erilaiset kasvaimet, vauriot, rakenteelliset aivosairaudet tai -vammat sekä etenevät muistisairaudet. Mitä useampi altistava tekijä potilaalla on, sitä todennäköisemmin deliriumtila ilmaantuu. Keskimäärin joka neljäs iäkäs potilas sairastuu deliriumiin jossain vaiheessa sairaalajaksoaan.

OIREET:

Ennako-oireina esiintyy parin edeltävän vuorokauden aikana ahdistuneisuutta, ärtyneisyyttä, levottomuutta ja uniongelmia. Varsinainen delirium-tila kehittyy äkillisesti muutamien tuntien tai vuorokauden aikana. Siihen liittyvät oireet ovat lyhytkestoisia ja nopeasti vaihtelevia. Hyperaktiivisessa muodossa oireena vallitsevat levottomuus ja ahdistuneisuus. Hypoaktiivisessa muodossa taas potilas on hidastunut ja omiin maailmoihinsa vajonnut. Delirium voi olla myös sekamuotoinen.

Deliriumin oireina esiintyy lisäksi erilaisia huomio- ja käsityskyvyn muutoksia, muistin ja loogisen ajattelun häiriöitä, uni-valverytmin häiriöitä sekä ajan ja paikan tiedostamisen vaikeuksia. Mieliala voi vaihdella ääripäästä toiseen ja potilas saattaa olla aggressiivinen ja harhainen. Oireet ovat usein voimakkaimmillaan öisin. Tavallisia ovat myös sydämen tykytys, punoitus, hikoilu ja verenpaineen nousu. Lisäksi myös tilan aiheuttanut sairaus voi oireilla eri tavoin.

ENNUSTE:

Delirium kestää yleensä 1-4- viikkoa ja potilas voi toipua entiselleen. Oireet voivat kuitenkin pitkittyä. On todettu, että vain 1/5 potilaista on täysin oireettomia puolen vuoden kuluttua. Ikääntyneillä, joilla on runsaasti perussairauksia, on tilaan todettu liittyvän kohonnut kuolleisuus. Keskimäärin deliriumiin sairastuneen potilaan sairaalajakso on kaksi kertaa niin pitkä kuin siihen sairastumattomilla. Delirium voi olla ensimmäinen merkki kehittyvästä etenevästä muistisairaudesta.

HOITO:

Ennusteen kannalta on suuri merkitys sillä, mikä aiheuttajasairaus on ja miten sitä hoidetaan. Usein potilailla on useita vakavia perussairauksia, joiden takia he ovat joutuneet sairaalahoitoon. Hoito toteutetaan portaittaisesti tärkeysjärjestyksen mukaisesti:

- Elintoimintojen varmistus
- Tilan laukaiseen sairauden hoito
- Hyvästä yleishoidosta huolehtiminen
- Muiden oireiden ja myötävaikuttavien tekijöiden hoito
- Lopuksi huolehditaan riittävästä psyykkisestä tuki- ja jatkohoidosta.

LIITE 1/3

Keskustelu ja kuuntelu ovat tärkeitä hoito- ja seurantamenetelmiä. Tuttujen omaisten läsnäolo rauhoittaa usein potilasta. Mahdolliset omat silmälasit ja kuulokoje on hyvä tuoda osastolle, sillä auttavat hahmottamaan ympäristöä. Kello ja kalenteri helpottavat ajanhallintaa. Ympäristön virikkeet on hyvä optimoida jokaiselle potilaalle sopiviksi. Rauhallinen ympäristö ja varmaotteinen suhtautuminen tukevat toipumista. Usein alkuun joudutaan useaan otteeseen kertaamaan asioita ja palauttamaan potilas nykyi-kaan ja paikkaan. Tavoitteena on, että sekavuusoireet helpottuvat ja potilas oppii jälleen huolehtimaan mahdollisimman itsenäisesti omista päivittäisistä perustoiminnois- taan.

Tilaan ei ole olemassa parantavaa lääkitystä. Oireiden hoitamiseksi ja loukkaantumis- riskin pienentämiseksi joudutaan kuitenkin joskus käyttämään erilaisia lääkityksiä. Jos- kus joudutaan jopa rajaamaan potilaan liikkumista, jos hän on sekavuutensa vuoksi itselleen tai muille vaarallinen. Lääkäri ja hoitohenkilökunta arvioivat lääkityksen ja muiden toimenpiteiden tarvetta säännöllisesti.

EHKÄISY:

Delirium-tila saattaa uusia herkästi. Tärkeää ehkäisyn kannalta on, että perussairaudet hoidetaan mahdollisimman hyvin ja tilan kehittymisen mahdollisuus huomioidaan jat- kossa esim. erilaisten toimenpiteiden ja leikkaushoitojen yhteydessä. Alkoholin ja mui- den päihteiden aiheuttamissa delirium-tiloissa tärkein ennaltaehkäisykeino on pyrkiä pysyvään raittiuteen ja päihteettömyyteen. Oma halu ja tahto ovat tärkeitä, mutta myös omaisilla on tärkeä rooli antaa tukeaan päihteettömyyteen pyrkimisessä.

MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA

Etenevillä muistihäiriöillä tarkoitetaan aivoja rappeuttavia ja toimintakykyä laaja- alaisesti heikentäviä sairauksia, jotka johtavat edetessään dementiaan. Yleisimmät dementiaa aiheuttavat sairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen (eli verisuonipe- räinen) dementia tai näiden kahden sairauden yhdistelmät, Lewyn kappale-tauti ja otsa-ohimolohkorappeuma. Myös pitkäaikainen alkoholinkäyttö voi johtaa dementi- aan.

Dementian oireisiin kuuluvat erilaisten muistihäiriöiden ohella usein kielelliset häiriöt, esimerkiksi nimeämisvaikeudet ja sanojen ymmärtämisen vaikeus. Kätevyys saattaa heiketä, joka voi hankaloittaa esimerkiksi pukeutumista tai peseytymistä. Tunnistamis- vaikeuksien vuoksi voi olla vaikea tunnistaa omaisia tai tuttuja esineitä. Monimutkais- ten älyllisten toimien suorittaminen vaikeutuu. Ajan- ja paikantaju voi olla häiriintynyt. Lisäksi monilla esiintyy käyttäytymisen ja tunneilmaisun muutoksia. Oireet vaihtelevat sairauden mukaan ja voivat olla eteneviä, paikallaan olevia tai parannettavissa olevia riippuen niiden aiheuttajasta.

LIITE 1/4

* **Alzheimerin taudille** tyypillistä ovat etenevät muistihäiriöt, jotka ilmenevät mm. tunnistamisvaikeuksina ja hankaluuksina käyttää tuttuja esineitä. Aistiharhoja, harhakuuloja ja muista käytösoireita voi esiintyä.

* **Vaskulaarisessa dementiassa** etenkin alussa korostuvat toiminnanohjauksen ongelmat, jolloin tuttujenkin toimien tekeminen tai asioiden suunnittelu voi olla hankalaa. Liikkuminen voi hankaloitua. Myös käyttäytymisen muutoksia, ahdistusta ja masennusta voi esiintyä.

* **Lewyn kappale-taudille** ovat tyypillisiä elävän oloiset harhat, vireystilan nopea vaihtelu, ajoittaiset sekavuustilat ja jäykkyys.

* **Otsa-ohimolohkorappeuma** muuttaa usein sairastuneen persoonaa ja käytöstä. Potilaalla voi esiintyä mm. estottomuutta, lyhytjännitteisyyttä tai apaattisuutta. Puheen tuotto voi olla hankalaa tai sanojen merkitys väärä.

Usein potilaan sekavuus saattaa olla merkki alkavasta tai olemassa olevasta muistihäiriöstä. Diagnoosin tekemiseksi ja sen myötä hoitokeinojen löytämiseksi osastolla usein käynnistetään muistihäiriöselvittelyt. Näiden yhteydessä on tärkeää saada omaisen kautta tietoa potilaan aiemmista oireista ja kotona pärjäämisestä.

PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

Päihteiden käytöllä tarkoitetaan mm. alkoholin, huumausaineiden ja/tai lääkeaineiden haitallista käyttöä päihtymistarkoituksessa. Pitkäaikainen ja runsas päihteiden käyttö aiheuttaa syntyvän riippuvuuden lisäksi runsaasti erilaisia terveyshaittoja. Alkoholi voi vahingoittaa liki kaikkia ihmisen elimiä. Haittoina voi tällöin ilmetä mm. henkisen suoriutumiskyvyn, muistin, aloitteellisuuden ja päättelykyvyn heikkenemistä. Kouristusherkkyyttä lisääntyy. Liikkeiden koordinaatio ja tasapaino saattavat häiriintyä. Fyysisinä terveyshaittoina ilmenee lisäksi mm. erilaisia syöpiä, maksakirroosia, haimatulehdusta ja verenpainetauti.

Huumausaineiden yleisimmät haittavaikutukset liittyvät aineesta riippuen esimerkiksi unihäiriöihin, vireystilan muutoksiin, sekavuuteen ja aggressiivisuuteen. Käyttö heikentää myös tiedollisia valmiuksia ja uuden oppimista. Persoonallisuuden muutokset ovat tavallisia. Päihteiden käytöstä aiheutuu usein erilaisia sosiaalisia ongelmia, kuten aggressiivisuutta, perheväkivaltaa tai taloudellisia ongelmia.

Päihteiden käyttäjillä deliriumin ja muiden päihdehaittojen ehkäisy vaatii päihteiden käytön lopettamista. Monet oireista ovat korjaantuvia, jos käyttö lopetetaan kokonaan. Omaisten ja läheisten tuki, kannustus, myötäeläminen ja positiivinen palaute ovat lopettamiseen liittyvässä elämänmuutoksessa erittäin tärkeitä. Ne lisäävät poti-

laan sitoutumista ja onnistumisen mahdollisuuksia. Päihteiden käyttöön liittyviä tilanteita on syytä välttää. Elämään on hyvä löytää uusia, mieleisiä asioita ja harrastuksia.

KÄYTÖSOIREET

Käytösoireilla tarkoitetaan häiriöitä psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen säätelyssä. Dementoiviin sairauksiin liittyy käytösoireita jopa 90 %:lla potilaista jossain vaiheessa sairautta. Käytösoireita ja persoonallisuuden muuttumista voi ilmetä myös päihteiden käyttöön tai delirium-tilaan liittyen.

Käytösoireina voi esiintyä mm. aggressiivista käyttäytymistä, ahdistuneisuutta, apatiaa, harha-aistimuksia, harhaluuloja, itsensä vahingoittamista, kuljeskelua, poikkeavaa liikunnallista tai seksuaalista käyttäytymistä, karkailua, tarkoituksetonta pukeutumista ja riisuuntumista, tavaroiden keräämistä ja kätkemistä.

Käytösoireisiin ei aina tarvitse puuttua. Jos oire kuitenkin rasittaa ja häiritsee potilasta itseään, omaista tai muita, on se hyvä hoitaa. Samoin hoitoa tarvitaan, jos oire aiheuttaa vaaratilanteita, vaikeuttaa sosiaalisia suhteita tai estää potilasta huolehtimasta itsestään riittävästi.

Käytösoireet voivat olla omaisille hyvin raskaita. Potilaan sairastuessa ja mahdollisten käytösoireiden ilmaantuessa saattaa tulla vaikutelma, että hänen koko persoonallisuutensa on muuttunut sairastumisen myötä. Jotkin aiemmat persoonallisuudenpiirteet saattavat korostua tai kadota ja uusia outoja piirteitä voi ilmaantua. On kuitenkin muistettava, että sairastunut säilyy omana itsenään, vaikka käyttäytyykin aiemmasta poiketen. Käytösoire ei ole oire psyykkisestä sairaudesta.

- Rauhallinen puhe ja käytös rauhoittavat aggressiivista käytöstä.
- Selkeä ja suora puhe sekä lyhyet lauseet auttavat ymmärtämään paremmin puhuttua.
- Mahdollisiin harhoja ei kannata jyrkästi kieltää, muttei toisaalta mennä niihin mukaankaan.
- Potilaan itsetunnon tukemiseksi on hyvä kunnioittaa ja pitää kiinni hänen aiemmasta roolistaan, oli se sitten ammattirooli, isä, äiti, puoliso, mies tai nainen.
- Aiemmasta elämästä ja tapahtumista voi keskustella ja tuoda hyviä hetkiä, onnistumisia ja iloa esiin.
- Tärkeintä keskusteluissa on tunnesisältö ja tämän hetken kokeminen.

OMAISEN OSALLISTUMINEN LÄHEISENSÄ HOITOON JA KUNTOUTUKSEEN

Omaisien osallistuminen tukee potilasta kuntoutumisessa ja toipumisessa. Osallistumistavat vaihtelevat sen mukaan, mikä sekä omaisesta että potilaasta tuntuu hyvältä. Osallistuminen on aina vapaaehtoista molemmille osapuolille. Omaiselle ole tarkoitus siirtää hoidollista vastuuta potilaasta, vaan omaisen asema perustuu läheisenä olemissen rooliin.

Tapoja, joilla omainen voi osallistua hoitoon ja kuntoutukseen:

- Läsnaolo
- Keskustelu
- Muistelu
- Pelaaminen
- Musiikki, laulaminen
- Arkipäiväisissä toimissa avustaminen (esim. hiusten kampaaminen, ruokailussa tai juomisessa avustaminen)
- Kevyt hieronta, rauhallinen kosketus, ihon rasvaus
- Ulkoilu (kysy aina kuitenkin lupa hoitohenkilökunnalta!)
- Mahdollisesti joihinkin hoitotoimiin osallistuminen hoitajien ohjauksella
- Jos sekavuuden syynä on päihteiden liikkakäyttö, hyötyy potilas omaisen tuesta pyrkiessään päihitteettömyyteen myös kotiutumisen jälkeen (positiivinen palaute ja kannustus yli vaikeidenkin hetkien)
- Erialaisten tietojen antaminen osastolle kotitilanteesta diagnoosin varmistamiseksi ja kotiutumisen tukemiseksi

OMAISEN JAKSAMINEN

Huoli potilaan voinnista voi olla suuri hoitojakson aikana. On kuitenkin tärkeää, että omaisena huolehdi myös omasta jaksamisestasi. Vain siten jaksat olla läheisesi tukena. Voit tukea omaa jaksamistasi:

- Huolehtimalla perustarpeistasi: lepäämällä, nukkumalla ja syömällä säännöllisesti ja terveellisesti
- Välttämällä päihdyttävien aineiden käyttöä
- Tapaamalla myös muita ihmisiä
- Harrastamalla mieleisiä asioita, ottamalla omaa aikaa
- Nauttimalla pienistä ilonhetkistä
- Kysymällä rohkeasti hoitohenkilökunnalta potilaan hoitoon liittyviä mietityttäviä asioita

Merkkejä henkisestä kuormituksesta ovat mm. ahdistus, masennus, pelko, lamaannus sekä syyllisyyden ja toivottomuuden tunteet. Unihäiriöt, jatkuva äreys sekä muutokset ruokahalussa kertovat liiallisesta stressistä. Äkillinen ja odottamaton tilanne voi akti

LIITE 1/7

voida jopa kriisireaktion. Jos tunnistat itsessäsi liiallisen kuormituksen oireita, kannattaa sinun herkästi hakea apua. Apua on saatavilla esimerkiksi omalta terveysasemaltasi tai yksityisiltä lääkäriasemilta. Monet omaiset kokevat vertaistuesta tai omaisryhmistä olevan apua. Näitä järjestetään mm. erilaisten järjestöjen ja liittojen kautta, esim:

- ➔ Muistiliitto: muistihäiriöt, vertaistukiryhmät, vertaislinja, erilaiset tapahtumat, neuvonta ja ohjaus: www.muistiliitto.fi
- ➔ Helsingin Alzheimer-yhdistys: vertaistuki ja tieto: <http://www.alzhki.fi/toimintakeskus/omaisten-vertaistuki/>
- ➔ Aivoliitto: vertaisryhmät, tieto ja tuki: <https://www.aivoliitto.fi/>

Päihteiden käyttäjät ja heidän omaisensa:

- ➔ Kaupungin A-klinikka (myös vertaistoimintaa)
- ➔ A-killat: <http://a-kiltojenliitto.fi/>
- ➔ Irti huumeista ry:n läheisryhmät: <http://irtihuumeista.fi/>
- ➔ Stop huumeille: <http://www.stophuumeille.fi/>
- ➔ Elokolut: <http://www.ehyt.fi/elokolot-ja-kohtaamispaikat>
- ➔ Lisäksi apua ja/tai vertaistukea voi saada esimerkiksi seuraavien kautta: AA (nimettömät alkoholistit), NA (nimettömät narkomaanit), Al-Anon (alkoholistien läheisille tarkoitettu järjestö), AAL (alkoholistien aikuiset lapset) ja NOVAT (naisten vertaistukiryhmät).
 - Internetin kautta löytyy myös paljon muita mahdollisia yhdistyksiä, järjestöjä ja tukimuotoja

Voit aina kysyä hoitohenkilökunnalta apua mieltäsi askarruttavissa asioissa!

Muista, että Sinulla on oikeus pitää myös vapaata osastolla käymisestä tuntematta siitä syyllisyyttä.

Muistiinpanoja:

Tämän oppaan on luonut HAMK:n hoitotyön opiskelija opinnäytetyönään yhteistyössä sairaalapalveluiden kanssa 11/2017. Koko opinnäytetyö lähdeviitteineen löytyy www.theseus.fi nimellä "Kirjallinen omaisohjaus konfuusio-osastolla"